

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

62

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 décembre 1894, à 1 heure

Par FRANÇOIS PEYRÉ (DE TONNEINS)

Né à Villeton (Lot-et-Garonne), le 8 août 1867

DU CYSTODRAINAGE

HYPOGASTRIQUE

OU OPÉRATION DE MÉRY « Rajeunie »

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. MARCHAND, professeur.

LEJARS, TUFFIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

62

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 décembre 1894, à 1 heure

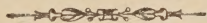
Par FRANÇOIS PEYRÉ (DE TONNEINS)

Né à Villeton (Lot-et-Garonne), le 8 août 1867

DU CYSTODRAINAGE

HYPOGASTRIQUE

OU OPÉRATION DE MÉRY « Rajeunie »



Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. | MARCHAND, professeur.
| LEJARS, TUFFIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SEE.
Clinique médicale.	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	{ BERGER.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE CHER ET EXCELLENT MAITRE

LE DOCTEUR CH. REMY

Professeur agrégé à la Faculté de l'Académie de Paris
Chef du Laboratoire d'histologie de la Faculté
Chirurgien de la Maison départementale de Nanterre

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MOMSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de médecine
Professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DU HAVRE
DE TOULOUSE ET DE PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0120

DU CYSTODRAINAGE

HYPOGASTRIQUE

OU OPÉRATION DE MÉRY « RAJEUNIE »

INTRODUCTION

Qui n'a été frappé de la triste fin réservée aux prostatiques, et en général à ceux qu'atteignent les graves accidents de la rétention d'urine? Plus que bien d'autres, ils nous ont ému par l'acuité de leurs souffrances et la sombre fatalité avec laquelle, au milieu d'une santé florissante, ils étaient brusquement arrachés à la vie.

Un chirurgien du xviii^e siècle, Dionis, parlant du prostatique que la mort guette à bref délai, disait : « Il faut qu'il pisse ou qu'il meure ! » Et cet aphorisme s'était réalisé jusqu'en ces derniers temps dans son inexorable brutalité. Combien peu survivaient en effet aux terribles accidents de la rétention d'urine? Abandonnés la plupart à des soins purement médicaux, la septicémie et l'intoxication avaient tôt fait leur œuvre. On pouvait compter

les rares privilégiés qui bénéficiaient d'une action palliative chirurgicale.

La chirurgie contemporaine elle-même, qui depuis quinze ou vingt ans avait tout osé et entrepris avec tant de bonheur, ne connaissait il y a deux ans à peine que des procédés médiocres de restauration urétrale (1). Le cathétérisme forcé, les boutonnières périnéales, les diverses ponctions et les tailles non moins nombreuses imaginées par nos prédécesseurs témoignent d'un effort louable, sans doute, mais comptent trop peu de succès pour n'être pas plus ou moins vouées à un légitime oubli.

Après les immortels travaux de Pasteur, avec une pratique rigoureuse de l'antisepsie vésicale, on devait faire plus et mieux.

Grâce au professeur Poncet de Lyon, comme aussi à l'Américain Mac-Guire, nous sommes aujourd'hui dotés d'une opération nouvelle, la cystostomie ou urèthre contre-nature, qui a déjà rendu d'éminents services. Aussi sommes-nous heureux de rendre ici un sincère hommage au

1. Cathétérisme forcé; ponction par la canule à travers la prostate; ponction par le périnée, ponction au-dessus du pubis; ponction par le rectum; boutonnières périnéales; taille périnéale simple ou avec résection de la prostate; taille sus-pubienne ou cystotomique; taille avec fistule sus-pubienne temporaire; taille avec cathétérisme rétrograde; taille avec drainage prolongé; taille avec établissement d'un urèthre au méat artificiel; taille avec dilatation de la partie prostatique de l'urèthre; taille avec extirpation d'un lobe de la prostate; suppression de la fonction vésicale par abouchement des uretères à la peau (Remy).

savant qui, au Congrès de Chirurgie de 1892, préconisa avec tant d'autorité le procédé qui porte aujourd'hui son nom (1).

Mais la cystostomie, si brillante et si parfaite qu'elle paraisse, a une rivale bien marquée dans une autre opération aux résultats presque identiques et qui, par sa simplicité même abordable à un plus grand nombre de praticiens sauvera un plus grand nombre de malades. Peu de médecins ont tenté et tenteront la cystostomie. Tous peuvent faire la ponction hypogastrique avec sonde à demeure le *cysto-drainage*, suivant la dénomination du Dr Lejars, dénomination également acceptée par notre cher et excellent maître, le Dr Ch. Remy.

Ceux pour qui la médecine opératoire n'a pas de secrets pourront n'avoir cure de ce genre d'intervention si modeste. Mais le praticien inaccoutumé à la chirurgie et livré à ses seules ressources, que peut-il faire devant ces cas de rétention nécessitant une intervention immédiate ? Eut-il sous la main les aides et les instruments nécessaires, il n'osera courir les risques d'une intervention sanglante et difficile ; et, comme devant il restera désarmé en face de la mort imminente.

C'est surtout pour ces médecins peu familiarisés avec nos pratiques chirurgicales et pour ces cas d'urgence absolue que nous avons écrit ce travail, souhaitant pour lui l'indulgence de ses juges. Les indications du cysto-drainage sont beaucoup plus nombreuses que celles de la cystostomie. Quelquefois elles seront les mêmes. Dans un

1. *Cystostomie ou opération de Poncet.*

parallèle détaillé comparant ces deux opérations, au point de vue du procédé comme à celui de ses conséquences, nous constaterons bien des fois la supériorité du cysto-drainage, réunissant au plus haut degré les qualités résumées dans ces trois mots que Malgaigne a mis en exergue de son *Traité de médecine opératoire* : « sécurité, simplicité, célérité ».

Mais avant d'entrer dans le vif de la question, il est un devoir agréable entre tous et qu'il nous est particulièrement doux de remplir, c'est celui de témoigner publiquement notre reconnaissance aux maîtres éminents qui nous ont guidé et éclairé durant le cours de nos études. Dans l'exercice de notre profession, nous inspirant de leurs travaux, nous nous souviendrons toujours d'eux avec un affectueux respect, mettant à profit les leçons et les conseils de leur savoir et de leur expérience.

Parmi ceux à qui nous devons une mention toute particulière, nous sommes heureux de citer celui dont nous avons eu le bonheur d'être l'interne pendant deux années, le Dr Ch. Rémy, professeur agrégé à l'Ecole de Médecine de Paris, chef des travaux d'histologie de la même Faculté. C'est sous ses bienveillants auspices et sous sa direction éclairée que nous avons acquis quelque pratique chirurgicale. C'est lui qui nous a engagé à prendre le sujet que nous traitons aujourd'hui.

Nous adressons nos sincères remerciements à M. le professeur Tillaux pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en présidant cette thèse, comme aussi pour ses magistrales leçons si instructives et si intéressantes.

Nous exprimons aussi notre vive gratitude au Dr Lejars, l'éminent chirurgien de la Pitié, qui n'a pas craint d'apporter au rajeunissement du vieux procédé de Méry, l'appui de sa science et de son autorité chirurgicale.

Nous le remercions particulièrement d'avoir bien voulu nous donner les deux belles observations que nous publions plus loin, ainsi qu'un joli dessin, dû à l'habile crayon M. Pasteau, interne du service.

Nous assurons également de toute notre reconnaissance nos autres maîtres des hôpitaux, le Dr Laugier, le distingué médecin-légiste dont nous avons été l'interne intérimaire à la maison départementale de Nanterre, les Drs Richelot et Descroizilles, auprès desquels nous avons rempli les fonctions d'externe à l'hôpital Tenon et à l'hôpital des Enfants-Malades, le Dr Gombault, chez qui nous avons été stagiaire à l'hôpital Beaujon, le professeur Pinard qui nous a enseigné l'art des accouchements, les médecins de l'hôpital militaire de Toulouse, enfin les Drs Bouïan de Lignerolles et Lecène dont nous avons été l'interne dans les hôpitaux du Havre.

A tous nos maîtres du Hâvre, de Toulouse et de Paris, nous adressons nos plus sincères et nos plus vifs remerciements.

Nous divisons notre travail en neuf chapitres :

I. — Historique.

II. — Préliminaires (hypertrophie de la prostate. Mécanisme de la rétention. Rapports de la vessie et de la paroi abdominale).

III. — Traitement de choix de la rétention chez les

prostatiques. Cure radicale et opérations palliatives de l'hypertrophie de la prostate.

IV. — Opération.

V. — Résultats immédiats et éloignés.

VI. — Cystostomie et cysto-drainage (parallèle).

VII. — Exposé critique de quelques opinions récemment émises sur l'opération de Méry ancienne ou modifiée.

VIII. — Observations.

IX. — Conclusions (1).

1. Disons avant de commencer que nous avons largement consulté et mis à profit les excellentes thèses de M. Boutan sur la cystostomie et du Dr Pouliot sur la ponction hypogastrique. Ces deux travaux remarquables et pleins de documents ont contribué à faciliter notre tâche.

HISTORIQUE

Au temps de Guy de Chauliac et d'Ambroise Paré, le cathétérisme était le remède ultime. « Si le malade ne peut uriner on le sonde, et si le cathéter ne passe pas, le patient doit mourir » : Telle était jusqu'au xvi^e siècle la doctrine chirurgicale. Depuis Hippocrate (1), en effet, on considérait comme généralement mortelle l'ouverture chirurgicale ou accidentelle de la vessie. Cette erreur séculaire, transmise des Grecs par l'école d'Alexandrie et l'école arabe ne tarda pas à se dissiper dès que furent connus les merveilleux résultats des ponctions. Enhardis par le succès, les chirurgiens multiplièrent leurs tentatives opératoires sur l'organe tant respecté jusqu'alors et bientôt apparurent les beaux jours de la taille.

La première ponction hypogastrique de la vessie aurait été faite par Turbier d'après Colot (2), par Riolan d'après d'autres auteurs. Dans les cas graves, quand le cathéter qu'il appelle *la clef de la vessie* ne peut pénétrer dans la cavité vésicale (*summa rerum desperatio*),

1. D'après le passage suivant du serment hippocratique : Οὐ τιμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρῆξις· τῆσδε.
« Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille, je la laisserai aux gens qui s'en occupent ». Trad. Littré.

2. Voir Mondière, *l'Expérience*, t. VIII, p. 40.

Riolan (1), propose comme suprême ressource la ponction hypogastrique ou bien la boutonnière périnéale. « *In hoc casu, vel perforatur vesica in imo hypogastrico juxta os pubis, ad urinae vacuationem, vel aperitur perineum* ».

A l'article bas-ventre, page 74 du même livre, il écrit : « *Punctio... Pungitur, juxta os pubis ad extrahendum lotium ubi catheter non potest introduci* ».

Il a ainsi obtenu de bons résultats. Comment Riolan faisait-il sa ponction? Probablement avec le bistouri suivant la méthode décrite par l'italien Zecchius (2), en 1617, dans la ponction périnéale suivie d'introduction d'une canule de plomb ou d'argent, pour soulager les calculeux affaiblis. Il n'est pas sûr en effet que le trocart fut connu à cette époque, certains auteurs faisant remonter sa découverte à Sancto Sanctorius, 1626 (3), d'autres l'attribuant à Barbette, 1638 (4).

Mais l'usage du trocart dans les paracentèses ne devait pas tarder à se généraliser.

Dès 1681, Silvius Delboé en faisait l'éloge « *Innoxiam cum acu cava paracentesin* ». Et en 1694, un chirurgien français, Drouin, la proposa pour faire la ponction du périnée (4).

C'est avec cette arme précieuse qu'un autre français,

1. *Enchiridion anatomicum et pathologicum*, édité en 1649, à Lugdunum Batavorum, p. 154.

2. *Consultationes medicæ*.

3. Halle. *Commentaires*, Venise.

4. *Chirurgia*.

5. *Journal des Savants*, p. 320.

Méry, pratiqua en 1701 la première ponction sus-pubienne avec canule à demeure, qui soit nettement décrite. Il fit sa ponction sur le côté externe du muscle droit (*Mémoires de l'Académie royale des sciences*, 1701). Aussi est-ce à juste titre que ce mode d'intervention fut appelé « opération de Méry » du nom de son premier vulgarisateur. Ce procédé, devenu célèbre eut peu d'imitateurs à son début, mais il n'en tarda pas moins à être assez généralement employé (1). Ainsi, le compte-rendu d'une séance de la société anatomique de Paris (juillet 1833) nous montre qu'au temps où l'on ponctionnait fréquemment la vessie, la simplicité de cette manœuvre semblait si grande, que, dans certains hôpitaux de Paris, les élèves, et même les infirmiers, la pratiquaient en cas de besoin. J.-L. Petit y eut recours plusieurs fois, trouvant l'opération aussi peu dangereuse *qu'un coup d'épée dans l'eau* (*Euvres posth.* 1774. T. III, p. 97).

Avant l'anathème que devaient lui lancer Desault, Dupuytren, Roux et leur école, la ponction connut donc des « jours d'honneur ». « Pour avoir en elle la confiance qu'elle mérite à tant d'égards, les chirurgiens des ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles ont sauvé bien des vies et épargné à leurs patients bien des souffrances (2) ».

1. Une heureuse innovation fut la substitution par Abermettry (d'après Franck et Cooper) d'une canule molle à la canule du trocart droit ainsi qu'à celle du trocart courbe inventé par le frère Côme 1. ainsi diminuèrent les accidents de perforation et d'ulcération de la face postérieure de la vessie.

2. Deneffe. *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*,

Néanmoins, la défaveur devint plus absolue que jamais au commencement de ce siècle, et les chirurgiens que nous venons de nommer, Desault, Dupuytren, Boyer, Roux, tout en n'exagérant pas les dangers de la ponction (Boyer, *Mal. chir.*), ne trouvèrent qu'une fois chacun la nécessité de s'en servir, malgré les milliers de malades qu'ils observèrent (1).

D'après le D^r Jallet (*De la valeur de la ponction hypogastrique de la vessie et du cathétérisme forcé*, thèse de Paris, 1855, p. 21), ce fut Desault qui causa surtout ce revirement. « On sait qu'il inaugurait l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu devant un nombreux public. Il était bien difficile d'avouer devant tant de spectateurs qu'on ne pouvait arriver par les voies naturelles en un temps où la dextérité chirurgicale était si haut placée; il faisait donc le cathétérisme forcé quand le cathétérisme simple ne suffisait pas.

Boyer et Roux marchèrent sur ses traces. Dupuytren également... Aussi la génération qui les suivit ne se décida-t-elle à faire la ponction qu'en désespoir de cause, s'exposant ainsi à un plus grand nombre d'insuccès ».

A une époque plus rapprochée, il y a 25 ans environ, il existait, d'après Pouliot, deux camps bien marqués; dans le premier figuraient les chirurgiens, grands partisans de l'opération (Gerdy, Malgaigne), et ceux qui l'employaient volontiers (Sédillot, Richet, Jarjavay). Dans le

1880. Nouveaux trocars pour la ponction hypogastrique de la vessie.

1. Pouliot. Thèse de Paris, 1868.

second, non moins nombreux, se trouvaient aussi deux groupes : l'un agissant avec défiance (Velpeau, Nélaton, Gosselin, Désormeaux, Pétrequin), l'autre proscrivant tout-à-fait, pour ainsi dire, l'opération (Vidal de Cassis, Monod, Demarquay).

A cette époque où l'antisepsie n'était pas connue, de nombreux succès témoignaient pourtant en faveur de la ponction avec sonde ou canule à demeure. Les statistiques de Pouliot, puisées aux sources les plus variées portent sur 72 cas ainsi répartis.

39 pour des rétrécissements : succès 90 0/0;

11 pour des plaies contuses du périnée et de l'urèthre : succès : 100 0/0;

22 pour des affections séniles : 60 0/0.

Total : 83 pour 0/0.

Après de pareils résultats, n'est-on pas en droit de se demander pourquoi l'usage d'une opération si simple et si utile n'a pas été plus répandu. Il est vrai que les autres méthodes de restauration uréthrale n'ont pas été bien mieux favorisées ; et quand on songe au nombre considérable de prostatiques ou d'autres malades sujets à la rétention qu'on abandonne encore à des soins purement médicaux, comment n'être pas effrayé du taux d'une mortalité qu'il serait si facile de restreindre ?

Aussi croyons-nous faire œuvre utile en essayant de vulgariser l'opération du cystodrainage. Nous avons la conviction, en effet, qu'en mettant à la portée de tous les médecins un procédé si commode, bien des existences seront épargnées.

L'opération de Méry a reçu en ces derniers temps une

modification excessivement importante, c'est la substitution d'un siphon à la canule métallique. On peut dire que l'usage du siphon et celui des lavages antiseptiques de la vessie a complètement « rajeuni » ce vieux procédé.

Ce siphon autrefois préconisé par Souberbielle n'a été méthodiquement employé à notre connaissance que par MM. Lejars et Remy. C'est la théorie de l'aspiration appliquée au drainage vésical. L'aspiration voit donc s'élargir le cadre de ses bienfaits thérapeutiques. Le drainage parfait ainsi obtenu a fait donner au nouveau procédé l'heureuse dénomination de cystodrainage (1).

1. Les quatre dernières observations que nous publions, et que nous devons à l'obligeance de MM. Remy et Lejars, sont les seules où le cystodrainage ait été appliqué. C'est elles surtout que nous aurons en vue dans le cours de ce travail.

PRÉLIMINAIRES

CONSIDÉRATIONS SUR L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE, LE MÉCANISME DE LA RÉTENTION ET LA HAUTEUR DU CUL-DE-SAC PÉRITONÉAL

Sans vouloir ici traiter à fond la question de l'hypertrophie de la prostate et du mécanisme de la rétention il nous semble indispensable d'en dire quelques mots.

Hypertrophie. — L'hypertrophie de la prostate est due surtout à la multiplication et au développement de ses fibres musculaires et conjonctives. Elle peut être partielle ou totale, régulière ou irrégulière, mais, le plus souvent, elle est régulière et totale. Ce cas le plus fréquent est aussi le plus favorable : ce qui explique pourquoi les recherches de Thompson portant sur deux cents vieillards nous montrent que si un tiers avait une hypertrophie manifeste de la prostate, un vingtième seulement a réclamé les secours de l'art.

On rattache à l'artério-sclérose ce développement anormal de la glande prostatique, ainsi que les lésions concomitantes de la vessie, des uretères, du bassinet, des calices. Dans ces cas le rein est fréquemment atteint de néphrite interstitielle généralisée (néphrite sous-capsulaire, péri-glomérulaire, péri-tubulaire, péri-vasculaire).

Enfin, quel que soit le mode d'hypertrophie, régulier ou irrégulier, total ou partiel, la prostate arrêtée inférieurement par l'aponévrose moyenne du périnée, se dirige en haut, se rapprochant de la symphyse pubienne.

En voici les conséquences (1) :

1° Une élévation de l'orifice vésical de l'urèthre.

2° Un allongement de sa portion prostatique, la longueur du canal prostatique qui, à l'état normal, est de 3 centimètres, peut atteindre 7 centimètres ;

3° Une exagération de sa courbure ;

4° Des changements de direction et de forme ;

5° Une augmentation dans les dimensions du cul-de-sac vésical, cul-de-sac où stagnera l'urine quand ses fibres ne pourront plus se contracter suffisamment pour amener au col de la vessie le résidu de la miction ;

6° Une épaisseur considérable des parois du col vésical et du canal prostatique qui forcera la vessie à se contracter avec plus d'énergie pour en obtenir l'écartement d'où l'hypertrophie et la dilatation de ses parois.

Rétention. — Malgré les efforts de la vessie, un jour vient où, sous l'influence d'un refroidissement, d'un écart de régime ou d'un excès quelconque les organes se congestionnent et augmentent de volume ; la rétention apparaît.

Cette rétention est favorisée par les altérations de la vessie, qui présente, comme la prostate, une hypertrophie et une hypergénèse de ses éléments musculaires et conjonctifs, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

1. Mignon, Thèse 1894.

Civiale faisait de cette altération la cause principale de la rétention. Aujourd'hui, la plupart des auteurs admettent avec Mercier que dans la majorité des cas c'est l'obstacle prostatique qu'il faut surtout incriminer.

Hauteur du cul-de-sac péritonéal. — La distance qui sépare le péritoine de la symphyse pubienne varie suivant le degré d'ampliation de la vessie. Après des recherches personnelles portant sur 17 sujets, Pouliot conclut que « lorsque le sommet de la vessie répond à 0 m. 12 au-dessus de la symphyse, sur une ligne allant de l'ombilic au pubis, le cul-de-sac est sur cette même ligne à 0 m. 075. » Voici d'ailleurs les diverses hauteurs du cul-de-sac péritonéal correspondant approximativement aux diverses hauteurs du sommet de la vessie, toujours d'après Pouliot (page 62).

Hauteur de la vessie.	Hauteur du cul-de-sac péritonéal.
0,12	0,075
0,10	0,063
0,09	0,056
0,08	0,050
0,07	0,044
0,06	0,037
0,05	0,031

Il faut donc conclure de ces dispositions anatomiques que dans les cas de distension moyenne de la vessie, la ponction à deux travers de doigt au-dessus du pubis ne saurait exposer à la blessure du péritoine.

« Nos expériences, dit M. Deneffe, confirmant entière-

ment celles qui ont été faites par M. le Dr Pouliot établissent que l'opérateur peut tenir pour certain que le cul-de-sac péritonéal ne descend pas jusqu'à la moitié de la distance qui sépare le sommet de la vessie de la symphyse pubienne. Ponctionnez donc avec assurance au-dessous de ce point et le péritoine ne sera pas blessé » (*Mém., de l'Acad. de médecine de Belgique*, in-8, 1874).

D'après M. Tillaux, « lorsque la vessie est distendue, le cul-de-sac du péritoine se trouve situé à 5 centimètres environ au-dessus du pubis : C'est donc dans cet espace qu'il faudra introduire le trocart » (*Cliniq. chir.*, T. II, p. 349). L'opération ne serait donc pas aussi « aveugle » que le dit M. Boutan dans sa thèse. M. Boutan ne nous dit-il pas ailleurs que voulant pratiquer la cystostomie sur le cadavre, il s'était mis dans les conditions les plus défavorables (position horizontale du sujet, vacuité de la vessie, pas de ballon de Peterson) et qu'il avait toujours incisé la vessie le plus bas possible « sans danger pour le péritoine, qu'on ne voit même pas ».

1. Rien n'est plus facile que de vérifier sur le cadavre les résultats que nous donnons ci-dessus ; pour cela il suffit, suivant la méthode de Sappey, de lier l'urèthre à son extrémité antérieure, d'inciser la paroi abdominale sur sa circonférence en la conservant intacte inférieurement, puis d'enlever la masse intestinale, et d'injecter lentement la vessie par l'un des uretères ; on peut alors assister à toutes les phases de son ampliation ; et on voit comment, sous l'influence de celle-ci, son volume, sa forme et ses rapports se modifient.

Nous avons fait deux fois cette expérience et nous avons eu des résultats sensiblement analogues à ceux de M. Pouliot.

Nous croyons devoir ajouter néanmoins que dans les cas de hernie irréductible ou d'hydrocèle ancienne, ou même s'il y a eu de la péricystite, il sera bon de ne pas ponctionner trop haut, le péritoine ayant quelque chance d'être abaissé.

TRAITEMENT DE CHOIX DE LA RÉTENTION CHEZ LES PROSTATIQUES — CURE RADICALE ET OPÉRATIONS PALLIATIVES DANS L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE.

Les traitements varient suivant les cas. Nous allons énumérer les plus importants en commençant par les moins dangereux. En face d'une rétention d'urine d'origine récente on commencera par des moyens purement médicaux et inoffensifs, tels que cataplasmes sur le ventre, sangsues au périnée, grands bains chauds prolongés, lavements chauds suivant la méthode de Reclus : ces derniers ont une action décongestionnante puissante sur la prostate, et la miction a pu se rétablir spontanément après leur emploi (1).

En cas d'insuccès, on pourra au bout de quelques heures recourir au cathétérisme. Mais l'évacuation devra se faire lentement et sans efforts de la part du malade. Le chirurgien se gardera d'appuyer sur le ventre pour hâter la sortie de l'urine, car son évacuation trop rapide peut être suivie d'accidents graves, cystite, hémorrhagie, urétro-pyélonéphrite, parfois mortelles.

1. Pour ce chapitre, nous avons largement mis à contribution la thèse de M. Mignon (1894), qui renferme des détails très intéressants.

Pour commencer, on se sert de préférence d'une sonde en caoutchouc rouge de Nélaton, inoffensive par sa douceur et sa flexibilité. Si sa souplesse l'empêche de franchir l'obstacle prostatique, on emploiera une sonde plus rigide en **gomme** ou en caoutchouc durci, autant que possible à bec arrondi, ovoïde et légèrement relevé.

De cette façon, on réussira souvent. Mais en cas d'insuccès, il faudra, suivant le degré de l'hypertrophie prostatique, recourir aux sondes à petite courbure de Leroy d'Etiolles, puis aux sondes coudées ou bicoudées de Mercier, enfin aux sondes à grande courbure de Delefosse-Gély ou Petit.

Dès que le cathétérisme a réussi, l'usage de la sonde à demeure (1) s'impose afin de maintenir la perméabilité du canal et procéder en même temps à sa dilatation.

Mais il peut arriver que toutes ces tentatives restent infructueuses. Alors il faudra recourir aux méthodes plus ou moins sanglantes, et elles sont nombreuses; aussi ne décrirons-nous brièvement que les plus importantes.

Nous citerons d'abord pour mémoire l'électrolyse et l'ignipuncture par la voie rectale, les injections paren-

1. La sonde à demeure un peu attaquée aujourd'hui, surtout à l'étranger, n'en est pas moins une méthode de choix par excellence. Dans les cas ordinaires, si elle est bien surveillée, elle sera aussi utile qu'inoffensive. On doit néanmoins l'abandonner :

« 1^o Lorsqu'elle n'est pas tolérée par le malade ;

2^o Lorsqu'elle l'infecte visiblement;

3^o Lorsqu'elle est impuissante à remédier aux difficultés du cathétérisme » (Vignard).

chymateuses, iodées, phéniquées, d'éther iodoformé, etc., le cathétérisme forcé auquel Mayor, Chopart, Boyer, ont dû quelques succès ; la ponction rectale pratiquée pour la première fois à Lyon par Fleurant en 1750, la ponction périnéale proposée par Dionis et enfin la ponction sus-pubienne.

Quant à la ponction capillaire, c'est une « ressource d'urgence qui n'est justifiée que par les difficultés ou l'impossibilité du cathétérisme » (Desnos). D'après Vignard, M. le professeur Poncet, s'il ne méconnaît pas en théorie l'utilité des ponctions capillaires, semble les abandonner presque complètement dans la pratique, si l'on en juge par les six opérations qu'il a faites en l'espace d'un an et demi, et d'emblée il recourt à la cystostomie sus-pubienne. » C'est là, ajoute-t-il, une exagération.

M. Lejars n'est pas favorable non plus aux ponctions capillaires répétées et leur préfère le cysto-drainage.

M. Deneffe, professeur à la Faculté de Gand, ne leur est pas hostile, il les a souvent pratiquées avec succès. Pour lui c'est le plus innocent de tous les procédés de ponction. Mais la nécessité de leur répétition fréquente lui semble un inconvénient (1) ; aussi dans bien des cas, dit-il, celles que l'on exécute avec un gros trocart sont préférables, car elles permettent de laisser une canule à demeure. Nous sommes de cet avis, avec la différence que nous remplaçons la canule à demeure par le tube-siphon qui constitue un grand progrès (2).

1. *Ponction de la vessie*. Mémoires in-8 de l'Acad. de méd. de Belgique, 1874.

2. Nous devons ajouter néanmoins que dans les cas où une

Harrison et Belfield ont préconisé l'urèthre contre nature périnéal ou tunnellisation de la prostate qui n'est autre que la ponction de Dionis avec drainage permanent. Le nouveau canal est oblique de haut en bas et d'arrière en avant de façon à drainer le bas-fond vésical. Dans les observations rapportées par le chirurgien anglais et le chirurgien américain, le cours normal des urines se rétablit quelques semaines après l'opération, ils supprimèrent alors le drainage périnéal, le nouveau canal s'oblitéra et on constata une diminution notable de la prostate (Mignon).

L'opération que Dittel a fait le premier sur le cadavre et qu'après lui Küster de Hambourg a pratiqué trois fois sur le vivant avec de bons résultats (Congrès de Berlin, 1890), comprend trois temps principaux :

1° Incision allant du coccyx au raphé périnéal en contournant l'anus ;

2° Section du releveur ;

3° Résection cunéiforme des lobes latéraux.

L'urèthre est fixé par un cathéter et le rectum transformé préalablement est facilement évité.

D'autres chirurgiens, Mac Gill, Dittel, Richardson, Tuffier, Tédénat, ont adopté la voie hypogastrique pour s'attaquer directement à l'obstacle. Cette méthode peut

seule évacuation de la vessie paraître suffisante, s'il n'y a pas grand inconvénient à se servir d'un trocart ordinaire, la ponction capillaire aspiratrice vaudra certainement mieux : par exemple « dans les accouchements longs et laborieux qui produisent la rétention, par compression de l'urèthre » Dieulafoy, *Traité de l'aspiration*, 1873.

convenir surtout aux tumeurs à évolution vésicale quand l'obstacle siège au col et que la vessie a conservé sa contractilité (prostatectomie sus-pubienne).

Mais en présence d'hypertrophie en barre du lobe moyen, d'hypertrophie des lobes latéraux, l'obstacle n'étant plus limité au col, mais siégeant dans toute l'étendue du canal prostatique — le cas le plus fréquent est l'hypertrophie des lobes latéraux (Dittel) — quelques chirurgiens emploient de préférence la voie périnéale. D'après Braun, Harrison, Anandale, on ouvre en arrière du bulbe et en avant du bec de la prostate l'urèthre membraneux, sur un conducteur et dans une longueur de 12 millimètres environ. On introduit l'index dans le canal postérieur, le long du conducteur et en s'aidant d'un bistouri boutonné, si cela est nécessaire ; on écarte avec le doigt les lobes prostatiques, tout en explorant minutieusement la région ; si on reconnaît l'existence d'un abcès on l'ouvre, s'il y a des calculs prostatiques on les extrait ; si on se trouve en présence d'une hypertrophie en barre on l'incise, ou mieux on l'excise quand on le peut (prostatotomie et prostatectomie périnéales médianes) (1).

La simple dilatation du canal prostatique et son calibrage par un gros drain laissé plus ou moins longtemps en place, suffisent assez souvent pour rendre la miction ou les cathétérismes consécutifs plus faciles (Braun, Harrison).

Quoiqu'il en soit, les résultats de la prostatectomie sus-pubienne n'ont pas été brillants. La statistique de

1. Miquoy

Vignard (thèse, Paris, 1890), nous montre que sur vingt-deux opérés, deux seulement urinèrent sans le secours de la sonde jusqu'à leur mort et six succombèrent peu de temps après l'opération.

La boutonnière périnéale suivie de dilatation avec ou sans prostatotomie ou prostatectomie est une opération moins grave. Des 14 cas rapportés dans la thèse de Vignard, aucun n'est mort et 4 ont recouvré la miction spontanée.

Sur les trente cinq premiers opérés de M. Harrison, 3 seulement ont succombé, 18 de ces malades durent subir la prostatotomie ou la prostatectomie : chez les dix sept autres le simple drainage périnéal fut suffisant ; dix recouvrèrent la miction spontanée d'une façon permanente.

Ces quelques exemples nous montrent combien la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate est difficile à obtenir puisqu'elle n'est notée que 6 fois sur les 36 observations rapportées par Vignard et 22 fois sur les 133 réunies par Belfied.

Quand ces opérations ont réussi c'est qu'elles ont été pratiquées dans certaines conditions très bien indiquées par M. Vignard (1). On ne peut espérer faire disparaître la rétention d'urine par une incision ou une excision du tissu prostatique au voisinage du col, que si les deux conditions suivantes coexistent : 1° Il existe un obstacle prostatique très net au niveau de l'orifice interne de l'urèthre, tandis que le reste de la prostate est peu hypertrophié.

1. Thèse de Paris, 1890.

2° La contractilité vésicale a persisté.

Or, il est rare de rencontrer ces deux conditions réunies. La seconde indication opératoire est l'impossibilité d'ailleurs très exceptionnelle de pratiquer le cathétérisme soit pour le chirurgien, soit pour le malade.

En somme, les indications de la prostatotomie et de la prostatectomie existent, mais elles sont très restreintes ».

Aussi plutôt que de recourir à des opérations dangereuses dans le but d'obtenir la cure radicale, vaut-il mieux chercher à obtenir par des opérations palliatives la fistulisation hypogastrique ou périnéale de la vessie suivant les procédés de Méry, Poncet ou Harrison. Ces divers urèthres contre nature comptent moins de revers et leurs nombreux succès les font aujourd'hui regarder par les chirurgiens comme des opérations de choix.

Nous avons déjà parlé de la fistule périnéale d'Harrison.

Quant à l'opération de Méry « rajeunie » qui est plus loin l'objet d'une étude spéciale, on comprend que dans cette rapide énumération nous la passions volontairement sous silence. Néanmoins, pour prouver l'innocuité des ponctions en général, nous reproduisons ici un tableau de Deneffe n'y attachant d'ailleurs qu'une importance relative. Ce tableau porte sur 302 ponctions de vessie qui sur 47 morts qu'elles ont donné n'en renfermaient réellement que 7 qui soient imputables à l'opération :

Voici leur répartition :

20 périnéales 3. M.

97 rectovésicales 11. M.

183 hypogastriques 27. M.

1 pubienne 0. M.

1 sous-pubienne 0. M.

Si l'on ne compte que les 7 morts manifestement dûes à l'opération, on trouve à peine une mortalité de 2 1/2 pour 100, ce qui est évidemment un bon résultat. Aussi espérons-nous que désormais par l'usage de l'antisepsie et du tube siphon, on ne constatera plus de mortalité du fait même de l'intervention chirurgicale.

Il nous reste encore à dire quelques mots de la cystostomie ou opération de Poncet, opération brillante, sans doute, mais trop compliquée pour entrer dans la pratique courante et surtout pour devenir une méthode d'urgence. Les difficultés de sa pratique la font très souvent arriver trop tard ; ce qui donne une mortalité en disproportion avec la gravité de la lésion initiale et l'habileté des maîtres qui l'exécutent.

Cette opération se compose de cinq temps principaux. Les trois premiers sont les mêmes que dans la taille hypogastrique : le quatrième consiste à fixer la paroi antérieure de la vessie aux bords de la plaie et à ouvrir l'organe ; enfin, dans le cinquième temps, on suture les bords de la bouche vésicale aux bords de la plaie abdominale. Six sutures suffiront. Les sutures métalliques sont préférables.

Il est nécessaire après l'opération de pratiquer un lavage boriqué copieux de l'urèthre et de la vessie.

Pansement simple et facile à renouveler : n'introduire dans la plaie, ni sonde, ni mèche de gaze.

« La cystostomie procure immédiatement une sensation de bien-être.

Elle met la vessie au repos, fait cesser le ténesme et les douleurs, décongestionne la prostate et tout l'appareil urinaire.

Elle supprime les manœuvres de cathétérisme douloureuses, inefficaces et dangereuses, et permet de traiter la cystite quand elle existe par des lavages aussi fréquents que l'exige son état.

Elle renseigne au cours de l'opération sur l'état des parois de la vessie, sur la présence ou l'absence de calculs primitifs ou secondaires, calculs qu'on peut extraire immédiatement, s'ils sont de petit volume, ou après broiement ou agrandissement de la plaie vésicale, s'ils sont de dimensions plus considérables : le doigt introduit par la plaie dans la vessie constate à quelle variété d'hypertrophie on a affaire, et s'il existe une saillie intravésicale mettant obstacle au cathétérisme ou à la miction, on peut en débarrasser l'organe séance tenante ».

Ces avantages sont d'ailleurs ceux de la simple taille hypogastrique avec drainage, de la cystotomie à laquelle beaucoup de chirurgiens préfèrent souvent recourir.

OPÉRATION

Instruments. — Il suffit d'un gros trocart (1) droit ou courbe et d'une sonde molle (2) passant à frottement doux dans la canule du trocart (3).

Il est bon d'avoir aussi un bistouri qui peut servir à diviser la peau à l'endroit de la ponction; du fil pour attacher la sonde au ras de la peau, un peu de collodion ou de cire à cacheter pour fixer le fil à la paroi abdominale et enfin, pour remplir l'office de siphon, un tube de caoutchouc dont une extrémité pourra s'adapter à la sonde et dont l'autre plongera dans un vase hors du lit.

1. Disons néanmoins qu'il n'est pas besoin d'instrumentation spéciale. Les instruments de trousse peuvent suffire. Néanmoins si l'on peut se procurer un gros trocart, l'opération n'en ira que mieux. M. Lejars a fait construire à cet effet un trocart courbe d'un centimètre de diamètre dont l'extrémité est conique au lieu d'être triangulaire.

2. M. Remy, quoique partisan d'une façon générale de la sonde molle, préfère au début introduire à travers la canule du trocart une sonde en gomme dont la rigidité lui permet de s'assurer s'il touche la face postérieure de la vessie pendant qu'il retire le trocart.

3. Chez les sujets qui ont une surcharge graisseuse de la paroi abdominale, il faudrait se munir d'une canule exceptionnellement longue.

Un cerceau protégera le malade contre ses couvertures.

Préliminaires de l'opération. — On s'assurera d'abord que le malade a le ventre libre. Pour plus d'asepsie locale, on lui rasera les poils du pubis et avec une brosse et du savon on lavera soigneusement la région hypogastrique que l'on désinfectera ensuite par un lavage au sublimé et une dernière lotion à l'alcool ou à l'éther.

Dans les cas rares où l'on recherchera la dérivation hypogastrique avant que la vessie soit très distendue par l'urine (cathétérisme difficile ou douloureux, cystite, fistules vésicales, etc.), il sera utile d'injecter dans la cavité vésicale de 200 à 300 grammes d'eau boriquée bouillie à 40 pour 100, de cette façon on évitera mieux les dangers d'infection par une urine anormale et surtout la blessure du péritoine que la distension de la vessie aura fait remonter. L'anesthésie pourra être alors nécessaire. Dans tous les cas, la quantité à injecter est variable et on peut aller jusqu'à la distention maxima de l'organe. Or, celle-ci est facile à reconnaître par le phénomène si bien nommé par M. le professeur Guyon de « manomètre vésical. » En effet, l'intolérance provoque la contraction du muscle vésical qui à son tour refoule l'eau dans la seringue et fait monter le piston.

A ce moment on arrête l'injection et pour s'opposer à l'issue du liquide on entoure la racine du pénis à l'aide d'un lien en caoutchouc modérément serré, dont les deux chefs sont maintenus par une pince hémostatique.

Position du malade. — Après avoir fait bouillir le trocart, la sonde et le tube en caoutchouc, on fera prendre au malade une position convenable; il suffit pour cela

qu'il soit sur le bord de son lit, les jambes en extension. Tous les procédés recommandés (relèvement des cuisses, lit de Trendelenburg, ballon de Petersen, etc.), sont absolument inutiles.

Manuel opératoire. — Après s'être rigoureusement aseptisé les mains, le chirurgien se place à la droite du malade et recherche le point où il va faire sa ponction à deux travers de doigt environ au-dessus du pubis. Si la pointe de son trocart n'est pas assez aiguë, il fait au bistouri une légère incision à la peau d'environ 1 centimètre, puis il enfonce son trocart de 4 à 6 centimètres suivant la maigreur du sujet, perpendiculairement à l'axe du corps. S'il pousse assez lentement, il sentira qu'il pénètre dans la vessie au défaut de résistance que rencontre subitement le trocart (1). Alors il retire le pignon tout en enfonçant davantage la canule. Laissant couler une certaine quantité d'urine pour soulager la vessie, l'opérateur introduit ensuite dans la canule la sonde en caoutchouc rouge, dont il a préalablement vérifié le passage facile à travers le conduit métallique.

Après l'évacuation de l'urine, la vessie est lavée avec de l'eau boricuée tiède jusqu'à ce que celle-ci sorte très claire. On retire alors la canule tout en maintenant la sonde dans la vessie; on nettoie le pourtour de la ponction; puis au ras de la peau, des fils sont passés autour

1. Si la lance du trocart avait une cannelure comme celle du trocart de frère Côme, on serait encore mieux renseigné par le jet d'urine qui s'échapperait dès que la pointe de l'instrument pénétrerait dans la vessie.

de la sonde pour être fixés ensuite à la paroi abdominale à l'aide du collodion ou de cire à cacheter. On entoure ensuite la base de la sonde de gaze antiseptique et de coton hydrophile.

Enfin, à l'aide d'un ajutage en verre ou d'un bout de sonde rigide, on adopte le tube siphon dont une extrémité se perd dans un vase contenant de l'eau boriquée. Pour amorcer celui-ci on pousse dans son intérieur un peu d'eau boriquée, ensuite l'urine coule goutte à goutte, ce qui rend impossible tout danger d'infiltration, la vessie étant constamment tenue à sec.

Comme on le voit, rien de plus simple. L'opération bien réglée dure cinq minutes à peine. Dans les cas d'urgence absolue, quand on n'a sous la main qu'une sonde et un trocart, une minute suffit pour soulager et guérir le malade.

Soins post-opératoires. — Le malade devra observer un repos de deux ou trois jours jusqu'à ce que le nouveau canal soit bien constitué. Il sera bon pendant ce temps de faire des injections intra-vésicales d'eau boriquée, et deux ou trois par jour s'il y a eu des fausses routes, de pratiquer dans l'urèthre des lavages antiseptiques que l'on fera suivre d'une injection à l'huile phéniquée ou iodoformée.

Dans la suite des soins de propreté suffiront. C'est ainsi que la sonde et la vessie continueront à être lavées plusieurs fois par jour à l'eau boriquée. On pourra retirer le siphon s'il y a lieu quatre ou cinq jours après l'opération, mais jusqu'à ce que l'urèthre devienne perméable on gardera la sonde que l'on bouchera à l'aide d'un fausset

ou d'une pince, ce qui procurera au malade quelques moments de continence. Les meilleures sondes seraient dans ce cas celles de Pezzer ou de Malécot qui une fois dans la vessie n'en peuvent sortir spontanément.

Si, malgré les précautions prises il survenait autour de la sonde de l'érythème ou des accidents phlegmoneux, on enduirait de vaseline les bords de la plaie après les avoir soigneusement lavés à l'eau boriquée.

Si l'urine restait purulente ou ammoniacale on continuerait les lavages intra-vésicaux.

« L'état général du malade, l'état de sa langue et des voies digestives, la courbe thermométrique et les caractères des urines renseignent sur le degré d'intoxication urineuse. Si l'on s'aperçoit que la température reste élevée ou dépasse la normale, que les urines deviennent purulentes ou ammoniacales, on aura recours au traitement général de l'intoxication et aux lavages de la vessie, soit avec de l'eau boriquée, bouillie, soit avec une solution de nitrate d'argent à 2 pour 100 (Guyon) (1).

Un autre point très important, nous dit Boutan, c'est de faire lever ou tout au moins asseoir le malade le plus tôt possible, car l'âge généralement avancé des sujets les prédispose aux congestions prostatiques si dangereuses pour les vieillards.

Dans tous les cas le malade devra bien vider sa vessie. La position à quatre pattes nous renseignera très bien à ce sujet. Si le cathétérisme devient possible on pourra le répéter toutes les 3 ou 4 heures jusqu'à ce que

1. Boutan.

la fonction se rétablisse. De cette façon on dilatera le canal uréthral et en vidant complètement le bas-fond de la vessie on amènera une décongestion salutaire des organes.

Une fois la miction bien rétablie l'oblitération de la fistule hypogastrique ne présentera plus d'inconvénients. La suppression seule de la sonde amènera sa cicatrisation rapide (2 jours suffisent quelquefois).

Si le cathétérisme devait rester impuissant et la miction normale à jamais abolie, il faudrait surveiller la perméabilité du nouveau canal. Pour empêcher son oblitération il suffirait de le dilater deux ou trois fois par jour à l'aide d'une bougie. Chez des malades à incontinence complète l'infirmité pourra nécessiter le port d'un urinal ou d'un appareil contentif ; chez ceux qui seront doués de quelque tolérance vésicale, la contention pourra être obtenue au moyen de chevilles ou tiges oblitératrices que le malade enlèvera dès qu'il aura la sensation de plénitude du réservoir. On conseillera à ces malades d'évacuer plusieurs fois par jour leur vessie avec une sonde molle et dans une attitude appropriée. L'incontinence intermittente sera de cette façon atténuée.

Il y a diverses sortes d'obturateurs, en argent, en aluminium ou en ivoire. Voici celui dont se sert le Dr Bonau. « C'est un gros clou d'ivoire coudé. Sur sa tête évasée est vissée une plaque d'argent elliptique présentant deux œillets latéraux pour le passage des lacs. La petite branche, plus ou moins horizontale, doit avoir une longueur proportionnée à la longueur totale du conduit. La branche descendante fait avec la première un angle obtus, dont

l'ouverture varie avec l'obliquité du canal. De cette façon, la portion intra-vésicale est parallèle à la direction des parois antérieure et postérieure de la vessie, et ne risque pas de heurter la paroi par son extrémité. En outre, cette tige se maintient facilement d'elle-même ou par une légère pression exercée sur la plaque: cette pression ayant pour effet de faire basculer en avant l'extrémité opposée. Enfin, elle conserve au trajet une direction oblique, qui est une condition puissante d'occlusion.

M. Diday décrit très bien « l'art de vider sa vessie complètement, sans s'exposer à l'irriter, par le contact de la paroi, avec la sonde, qui sert, soit à évacuer, soit à laver ».

« Un préjugé règne à cet égard, préjugé dont moi-même d'abord j'éprouvai, dans la personne de ma vessie, la fâcheuse influence. Par ce motif plausible, mais spécieux qu'il s'agit d'un réservoir plein, dont l'ouverture est située en haut, on se figure qu'il ne sera complètement évacué qu'en faisant pénétrer l'instrument évacuateur jusqu'au fond du réservoir, ou bien en aspirant le liquide par cet instrument.

« Je proscriis absolument le second procédé.

« La sonde étant huilée, je l'introduis aussi vite que possible jusqu'à trois centimètres environ (je rappelle que mon urèthre artificiel en a près de cinq). Arrivé là, je procède avec plus de lenteur, et dès que je vois l'urine couler, non pas goutte à goutte, ni en bavant, mais par un jet bien formé, continu, net et vif, je m'arrête, je fixe l'instrument entre deux doigts au degré de profondeur qu'il avait au moment où le jet a commencé.

« Mais bientôt le jet faiblit. Attention ! Il y a alors quelque chose à éviter et quelque chose à faire (et justement le préjugé conseillera de faire ce qu'il faut éviter). Ainsi.

« Bon à éviter : de pousser la sonde. Bon à faire : la retirer, au contraire, et la retirer assez promptement pour que la vessie, en finissant de se contracter, ne vienne pas se heurter contre son bec. Voulez-vous, au contraire, enfoncer l'instrument ? Vous obtiendrez une vive et persistante douleur, mais pas une goutte d'urine de plus ».

La contention plus ou moins longue du réservoir dépend surtout de « l'obliquité du nouveau canal, de sa largeur et de son étroitesse ».

Or, après le cysto-drainage le canal est très oblique de haut en bas et le plus souvent il sera moins large que dans la cystostomie. Ce qui fait dire à notre maître, le Dr Rémy : « Son étroitesse est une garantie de continence ». On ne saurait donc faire mieux et à moins de frais.

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

Quelle que soit la cause de la rétention, les résultats immédiats de la ponction sont une détente immédiate, un immense soulagement comparable à celui qui succède à un « coup de bistouri dans un abcès » et proportionné à l'intensité des douleurs ressenties. Plus de manœuvres douloureuses. L'empoisonnement urinaire d'origine vésicale est conjuré. Ceux qui succomberont seront porteurs de quelque lésion irrémédiable (cancer de la prostate, pyélonéphrite, etc.). Encore seront-ils soulagés aussitôt et pourront-ils y gagner quelques jours de grâce.

C'est ainsi que dans un cas désespéré, comme dans l'observation V (Lalesque, cancer de la prostate), le patient en retira un grand bénéfice; car, tout en lui assurant quelques jours de survie, on mit fin à d'insupportables souffrances.

Même sur des malades « littéralement mourants » (Lejars, Obs. XI), et opérés *in extremis*, outre la cessation des tortures physiques, n'a-t-on pas vu la vie revenir contre tout espoir ?

Aussi sommes-nous autorisés à conclure que, jusque dans les plus mauvais cas, les résultats immédiats du cystodrainage sont la disparition presque complète de la douleur, et, avec le retour de la miction, le prolongement de l'existence.

Quant aux résultats éloignés, ils n'en sont pas moins beaux, quoique de nature différente, suivant qu'il faudra ou non conserver le canal suspubien.

Que la fonction uréthrale se rétablisse — cas le plus fréquent (Obs. I, II, IV, VII, X, XII) — ne sera-t-il pas heureux d'avoir choisi l'opération la plus simple et pratiquée la fistule dont l'oblitération est la plus rapide ?

Ainsi, dans l'observation IV, la cicatrisation complète a lieu 8 jours après le retrait de la sonde.

Le 24 octobre 1884, le Dr Lalesque fait la ponction.

Le 11 novembre, l'urèthre devient perméable.

Le 13 novembre, on retire la sonde.

Le 21 novembre, le trajet hypogastrique est complètement fermé. Il n'a même pas fallu un mois pour que tout soit rentré dans l'ordre, si bien que 5 ans après, ce vieillard, opéré à 70 ans, avait conservé l'urination normale.

Dans l'observation XII (Rémy). Vieillard, 71 ans.

11 juillet 1894. — Cystodrainage.

18 juillet 1894. — Retrait du siphon, mais conservation de la sonde hypogastrique.

23 juillet. — Urination par la verge. Le malade se lève.

4 août. — Suppression de la sonde hypogastrique. Le méat se cicatrise aussitôt.

3 décembre. — Aujourd'hui cet homme se porte mieux qu'avant l'opération. Il prétend qu'il urine mieux et qu'il a plus d'appétit.

Prenons encore l'observation X (Lejars), vieillard de 75 ans, prostatique.

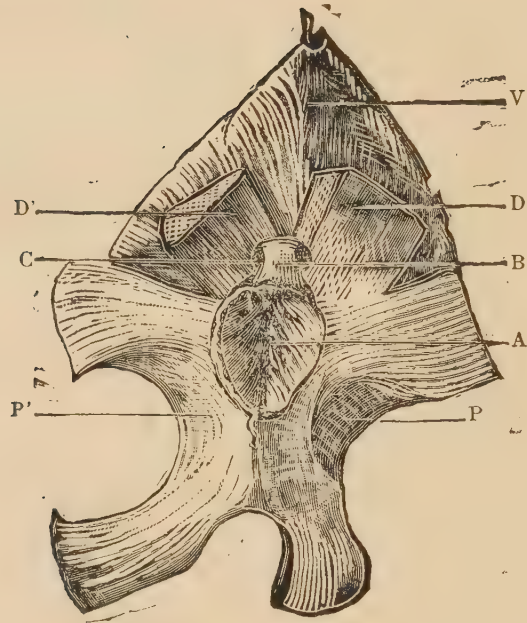
20 avril 1892. — Cysto-drainage.

26 avril. — Retrait de la sonde hypogastrique après une tentative heureuse de cathétérisme.

Premiers jours de mai — cicatrisation du canal sus-pubien et fonctionnement normal de l'urèthre. Le malade, qui vit encore, n'a pas eu d'autre accident.

Dans ces trois cas les résultats n'ont-ils pas été merveilleux et le cysto-drainage n'a-t-il pas été réellement l'opération de choix? Qu'eût fait de plus la cystostomie, sinon apporter avec elle ses difficultés pratiques, son choc opératoire, sa chloroformisation et peut-être même un retard d'intervention préjudiciable au succès final.

Même dans les cas où l'on se proposera de parti pris une déviation permanente du cours des urines, est-il bien vrai que le cystodrainage donnera des résultats notoirement inférieurs à ceux de la cystostomie. « Il ne semble pas, en effet, nous dit le Dr Lejars, que pour être ainsi créé au trocart, le canal sus-pubien, l'urèthre contre nature soit très inférieur, quant à ses aptitudes fonctionnelles à celui qu'on obtient par la cystostomie. La paroi n'en est pas régulièrement tapissée de muqueuse, c'est vrai, mais croit-on que le canal du cystostomisé le soit toujours? N'arrive-t-il pas souvent que la suture mucó-cutanée cède en plusieurs points, que les fils coupent, et cela d'autant plus aisément qu'ils portent sur une paroi vésicale ordinairement amincie et malade? Et l'on sait combien la suture vésico-pariétale en devient quelquefois difficile. Ainsi, la muqueuse manque sur une surface plus ou moins grande de ces trajets de cystostomisé; ce qui le prouve bien, c'est leur tendance à l'oblitération spontanée. Du reste, l'urèthre sus-pubien creusé



A. — Orifice cutané du canal sus-pubien, entouré d'une collerette de peau.

B. — Canal sus-pubien disséqué.

C. — Trajet du canal sus-pubien entre les deux grands droits.

D, D'. — Grands droits de l'abdomen.

P, P'. — Pubis.

V. — Vessie.

Cette intéressante figure que nous devons à la bienveillance de M. Lejars, nous montre un canal de ponctionné après dissection. C'est le canal du malade de notre observation XI.

Nous citons un peu plus loin la biopsie de ce canal faite par M. Lejars.

au trocart, s'entoure au bout d'un certain temps d'une véritable membrane isolante, d'une tunique propre, et s'épidermise comme tous les trajets fistuleux. Chez nos malades, nous avons pu constater, à plusieurs reprises, que le nouveau canal ne le cédait en rien, ni comme longueur, ni comme direction, à ceux de la cystostomie ; dans un cas tout récent, où nous eûmes l'occasion de faire, en quelque sorte, la biopsie d'un de ces canaux, il mesurait quatre centimètres de long, il était tapissé d'une membrane lisse, d'un rouge foncé, de trois millimètres d'épaisseur à peu près et qui profondément semblait se continuer avec la muqueuse vésicale ; il était rétréci en deux points, à son orifice extérieur, et près de la vessie : le second point, très serré, donnait au doigt la sensation d'un véritable anneau sphinctérien ».

Quant au fonctionnement de ce canal (Obs. IX, XI) il est sensiblement le même que celui des cystostomisés.

Une expérience de M. Lejars nous montre que le malade de l'observation XI ne laissait suinter l'urine que lorsque sa vessie en renfermait déjà 250 grammes.

M. Remy n'a pas mesuré la capacité vésicale de son malade (Obs. IX), mais nous, qui l'avons vu longtemps dans le service, nous avons pu constater qu'il avait un certain degré de continence et qu'il urinait tantôt par sa verge, tantôt par sa fistule.

Par une coïncidence bizarre, ces deux malades se sont éteints tous les deux 14 mois après l'opération. Le n. XI a succombé à un ramollissement cérébral et le n. IX, incapable d'aucun soin de propreté et d'une intelligence des plus affaiblie, est mort d'une pyélite ascendante. Nu!

doute qu'avec plus de soin de sa personne et dans un autre milieu, celui-ci n'eût survécu davantage.

Dans les statistiques de Pouliot, nous trouvons que le canal sus-pubien ainsi formé a été maintenu par Verdet 14 mois, par Vottem (in Spiess) plusieurs années.

Monod (Soc. chir., 1844, p. 119), rapporte un cas où un vieillard de 68 ans atteint d'une hypertrophie de la prostate et d'un rétrécissement, ponctionné à la suite d'accidents graves, portait encore une canule à l'hypogastre quatorze ans après son opération.

Un malade de Chopart fut moins heureux : on avait laissé la fistule hypogastrique se fermer avant que le cours normal des urines fut rétabli, et, un an et quelques mois après la ponction, la mort survint après une nouvelle rétention.

Forestier (de Seignelay), a publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1876, l'observation d'un malade qui, ponctionné à 76 ans, mourut dix ans après, et, pendant ces dix années urina par son urèthre sus-pubien à l'aide d'une sonde. Ferré (de Meaux) a rapporté une observation analogue à la Société de Chirurgie, en 1886.

F. Fehleisen (1), cite un de ses malades qui, ponctionné pour une rétention complète, le cathétérisme étant difficile, et provoquant des urétrorrhagies, avait bien guéri et se maintenait dans un état des plus satisfaisants. Au moment de sa communication (août 1889), le malade portait depuis deux ans une canule en argent par laquelle il rendait toutes ses urines.

1. *Berl. Klin. Woch.*, 19 août 1889.

Des recherches bibliographiques plus approfondies nous montreraient probablement encore d'illustres et éclatants témoignages. Nous nous bornons à ceux-ci, assurés que l'expérience de demain nous fournira une foule de cas aussi nombreux qu'intéressants.

INDICATIONS

Les indications de la ponction sont nombreuses et souvent extrêmement nettes. En face d'une rétention d'urine qui d'un instant à l'autre peut devenir menaçante et compromettre l'existence du malade, est-il permis d'hésiter aujourd'hui, et le cysto-drainage n'est-il pas tout indiqué ? C'est néanmoins pour ces cas dont la situation lui paraissait désespérée, que Civiale écrivait : « Il n'est pas en chirurgie de circonstances plus critiques, et qui réclament à la fois plus d'hardiesse, de prudence, de dextérité, de courage et d'abnégation. C'est le cas de répéter ici ce que disait le professeur Dubois au sujet des accouchements laborieux : « Quand vous serez là, vous ferez comme vous pourrez... (1). »

Grâce à l'antisepsie et aux lavages vésicaux la situation est certes moins grave aujourd'hui et les divers procédés employés ont tous enregistré entre les mains de certains chirurgiens des succès parfois remarquables. Mais cela ne nous empêche pas de leur préférer le cysto-drainage, nous mettant un peu en garde contre certaines méthodes plus ou moins nouvelles et nous rappelant,

1. Civiale, *Malad. des organes génit. urin.* T. I, page 611.

comme le dit si bien Sédillot (1), que quelques-unes d'entre elles, qui devaient tomber dans l'abandon le plus complet, n'ont joui d'une vogue passagère que grâce à un sentiment commun à la plupart des hommes, leur enthousiasme pour leurs propres inventions ou les moyens dont ils usent de préférence.

Le cysto-drainage est indiqué :

1° Dans certaines rétentions dues à des rétrécissements infranchissables de l'urèthre ;

2° Dans certaines rétentions causées par les contusions du périnée et les ruptures et déchirures de l'urèthre.

Ainsi nous lisons dans les leçons cliniques de M. Guyon que dans les traumatismes de la région périnéo-bulbaire « la ponction hypogastrique avec canule à demeure peut offrir une véritable ressource. Elle satisfait aux indications premières ; en permettant l'écoulement de l'urine ; en dedans elle met la déchirure périnéale à l'abri de tout contact dangereux. »

Dans les traumatismes de la région membraneuse, « si vous ne pouvez pas passer, oserez-vous vous adresser à l'uréthrotomie externe ? Nous ne le pensons pas. La lésion siège trop haut, les rapports anatomiques sont trop profondément modifiés pour que vous puissiez songer à prendre le bistouri, à moins qu'une infiltration d'urine ne le nécessite absolument. C'est le cas de recourir aux ponctions hypogastriques et plus spécialement aux ponctions avec canule à demeure. On s'assure ainsi une

1. Sédillot. *Gaz. Médicale*, 1854, *Mémoire sur l'uréthrotomie externe*.

garantie pour le présent et une porte ouverte pour plus tard s'il l'on a besoin ultérieurement de pratiquer un cathétérisme rétrograde pour un rétrécissement infranchissable » (1).

3° Dans les rétentions dues aux affections de la prostate et du col de la vessie.

Il est évident que, en présence d'une rétention aiguë, brusque, récente, sans distension et surtout si la rétention est incomplète, on aura rarement besoin de pratiquer le cysto-drainage d'emblée.

La difficulté sera le plus souvent vaincue par le cathétérisme, ou même seulement par les antiphlogistiques et les émollients, cataplasmes sur le ventre, sangsues au périnée, grands bains chauds prolongés, lavements chauds de Reclus (2). Ce n'est qu'au cas où ces moyens ne seraient pas couronnés de succès qu'il faudrait pratiquer le cysto-drainage.

Mais faudra-t-il attendre pour cela que le début de la rétention remonte à 36 ou 48 heures, ainsi que le recommande Pouliot? Nous savons bien que certains sujets ont pu supporter jusqu'à quatre et sept jours de rétention. Mais ces cas sont trop rares et nous croyons qu'étant donnée l'innocuité de l'opération on pourra souvent intervenir sans même attendre 24 heures.

4° Dans l'impossibilité du cathétérisme.

5° Dans les difficultés du cathétérisme, quelle qu'en soit la cause (existence de fausses routes, etc.).

1. *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, par Félix Guyon.

2. Mignon. Thèse, avril 1894.

6° Lorsque le cathétérisme est trop douloureux et néanmoins indispensable.

7° Dans les cystites douloureuses ou rebelles.

8° Dans les cas d'hématuries graves et fréquentes dont on ne connaît pas très bien la cause.

9° Dans les cas d'empoisonnement urinaire d'origine vésicale.

10° Dans certains cas de néphrite interstitielle latente, d'origine vésicale, si fréquente chez les prostatiques, dit le Dr A. Lenot (1), et d'autant plus à redouter que cette maladie est plus insidieuse et qu'on la considère comme la conséquence d'un empoisonnement chronique ou d'un réflexe pathologique.

11° Dans la cure de certaines fistules rebelles, telles que les fistules cysto-vaginales, cysto-rectales, etc., et en général, dans tous les cas de lésion des voies urinaires inférieures, urèthre ou prostate; que l'on veut mettre temporairement à l'abri du contact de l'urine. »

L'action du liquide qui baigne la ligne de suture et s'insinue entre ses lèvres, n'est-elle pas ici le principal écueil ? (Lejars). Dans ce cas, quelques chirurgiens, M. Albarran, le Dr Laumeau (de Bordeaux), entre autres, ont déjà employé avec succès la cystostomie. Il est évident que le cysto-drainage aurait procuré les mêmes avantages.

Nous insisterons sur une indication qui à notre connaissance n'a pas encore été mentionnée et qui peut rentrer dans les numéros 4 et 5. Impossibilité et diffi-

1. *Ann. des M. des Org. gén. urinaires.* Oct., 1892.

culté du cathétérisme. C'est (12°) la rétention due à la parésie vésicale, que celle-ci reconnaisse pour cause la blennorrhagie, les maladies de la moëlle (tabes en particulier), les névroses, « neurasthénie vésicale ethystéro-traumatisme dans la rétention post-opératoire » (Guyon) ou les maladies infectieuses : fièvre typhoïde, pneumonie, rougeole, scarlatine, tétanos, saturnisme, maladie pyocyanique, dysentérie, etc. Nous admettons que ces faits doivent être très rares, mais ils peuvent se présenter et il est bon de les signaler.

Généralement, le régime lacté, les suppositoires et de grands bains ou même l'électrisation, l'ergot de seigle, le cathétérisme ou tout autre traitement approprié suffiront à provoquer la miction qui souvent même revient spontanément. Mais il peut arriver dans ces paralysies de la vessie que le cathétérisme devienne impossible. Dans ces cas rares, il faut d'après M. Tillaux « recourir de suite à la ponction de la vessie au-dessus du pubis ». *Clin. chir.*, t. II, p. 348.

Mais quelquefois aussi, le cysto-drainage pourra être indiqué, ainsi qu'il résulte de l'observation V de la thèse de M. Duchemin. Cette observation est tirée de la pratique de M. Gailleton, chirurgien en chef des Chazeaux à Lyon. Voici les faits :

X..., 21 ans, à la suite d'injections au sulfate de zinc et au tannin pour guérir un écoulement, est pris de fréquentes envies d'uriner compliquées de ténésme et de douleurs vives. Le lendemain matin, 28 décembre, il ne pisse que du sang goutte à goutte.

1. M. Duchemin en rapporte 10 observations dans sa thèse.

A partir de midi, envies incessantes et impossible de les satisfaire.

Le Dr Gailleton est appelé à 2 heures. Le malade n'a pas uriné plus d'un quart de verre depuis douze heures. Angoisse, ventre ballonné, extrémités douloureuses, face grippée, pouls plein, dur, 120.

Cathétérisme impossible.

Bains de trois heures, sangsues au périnée, glace au périnée et dans le rectum. Au bout de 5 heures pas d'effet.

A 7 heures le soir, vessie à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, symptômes graves ; le cathétérisme essayé sans succès provoque la plus grande douleur.

28 au soir. — Ponction au-dessus du pubis avec un appareil Dieulafoy n. 2. Liquide retiré, limpide, incolore, les dernières cuillerées sont teintées de sang ; soulagement immédiat, calme, sommeil.

Au bout de dix heures, envie d'uriner sans y parvenir, ténésme.

29. — Deuxième ponction avec appareil Potain ; mêmes résultats.

30 au matin. — Nouvelle ponction.

31. — Quatrième ponction.

On a continué pendant ce temps les bains, les cataplasmes et la glace.

Dans la nuit du 31, le malade urine facilement et la miction à partir de ce moment se fait sans douleur. Le ténésme et les envies fréquentes d'uriner ont disparu complètement.

L'auteur fait remarquer : *l'innocuité des ponctions*, la

cessation immédiate des symptômes après l'évacuation de l'urine et leur reprise 40 à 12 heures plus tard avec la nouvelle réplétion de la vessie.

A la Société de Médecine de Lyon, dans la discussion qui suit cette communication, M. Fochier dit : « La pratique précédente me semble devoir être justifiée pour des cas analogues où la cystite du col semble former à elle seule la rétention urinaire ».

Nous avons enregistré avec plaisir cette observation et ces témoignages parce qu'il s'en dégage une vérité un peu trop méconnue, l'innocuité des ponctions bien faites et une indication nouvelle pour le cysto-drainage, trauma unique, que l'on doit préférer à la ponction capillaire trop souvent répétée.

Qui ne voit en effet que le cysto-drainage aurait obtenu ici les mêmes résultats, avec la différence qu'il eut suffi d'une seule intervention.

Dans tous les cas semblables où la miction peut se rétablir d'un moment à l'autre, il ne saurait évidemment être question de pratiquer la cystostomie.

Pour nous résumer nous dirons que dans toutes les rétentions où le cathétérisme sera impuissant, dans certaines cystites douloureuses et rebelles, dans les accidents d'origine prostatique, la paroi abdominale doit être le lieu d'élection des tentatives chirurgicales, car elle a l'avantage de procurer une continence relative des urines si le nouveau canal doit être conservé.

Aussi préférons-nous l'opération de Méry, celle de M. Poncet, aux opérations similaires, rectale périnéale, sous-pubienne, etc.

Dans les deux cas « on combat les phénomènes inflammatoires, en ouvrant le foyer infectieux dans les premiers temps de l'opération, et on se met à l'abri de nouvelles complications par l'ouverture de la vessie (Boutan. *Cystostomie*).

Le canal peut être laissé au repos le temps nécessaire : il peut être désinfecté en même temps que la vessie.

Dans les cas de cystite et d'altération des urines on pourra faire des lavages sérieux.

La douleur sera aussi considérablement amendée.

Dans les cas d'intoxication urinaire d'origine vésicale, surtout si le rein et les uretères ont été préservés, la dérivation hypogastrique avec les fréquents lavages que facilite le siphon aura l'action la plus bienfaisante, car la vacuité de la vessie fera cesser l'absorption et favorisera la réparation de « l'émail vésical ». La possibilité d'aller vite dans ces cas d'empoisonnement a même une telle importance qu'on ne saurait contester au cystodrainage la supériorité manifeste qu'il tire alors : 1^o de la précocité de l'intervention ; 2^o de la rapidité de l'exécution, souvent il économisera des heures, sans compter qu'à l'intoxication urinaire préexistante il ne joindra pas l'intoxication chloroformique ni le choc opératoire.

Ainsi, le cystodrainage qui peut prendre à la cystostomie la plupart de ses indications a sur elle dans le cas d'urgence les avantages suivants :

Il supprime toute instrumentation spéciale, le chloroforme, les aides.

A l'absence de choc opératoire, il joint la précocité de l'intervention, la rapidité de l'exécution.

Seul le cystodrainage constitue la vraie opération d'urgence, mieux même que les ponctions capillaires répétées condamnées dans ces cas par MM. Lejars et Poncet (1). D'ailleurs celles-ci nécessitent un aspirateur qu'on peut ne pas avoir sur soi, tandis que toutes les trouses sont munies d'un trocart.

Le cystodrainage a encore sur les ponctions capillaires l'avantage de ne nécessiter qu'une seule intervention et par là ainsi que par le vide que détermine le siphon dans la vessie il expose beaucoup moins que cette dernière à l'infiltration et au phlegmon hypogastrique.

D'un autre côté, dans les cas tout à fait exceptionnels où il deviendra nécessaire de faire au bistouri l'incision de la vessie, qu'aura-t-on perdu à avoir pratiqué d'abord le cystodrainage ? *L'opération au contraire n'en sera-t-elle pas singulièrement facilitée par l'adhérence préalablement établie entre la paroi vésicale et abdominale ?*

Il résulte donc de tout ce qui précède, qu'en présence des cas tels que nous les avons présentés, les indications du cystodrainage sont aussi nombreuses que sont rares ses contre-indications.

Souvent même l'opération emprunte à la situation du malade les mêmes caractères d'urgence, que la trachéotomie ou la kélotomie dans les cas de diphtérie ou de hernie étranglée. Aussi tout médecin doit-il être prêt désormais à la pratiquer sur le champ. Les praticiens isolés, ceux surtout qui n'ont pas une grande habitude de la chirurgie, s'en trouveront particulièrement bien ;

1. Poncet. *Semaine médicale*, 16 décembre 1893.

car aujourd'hui plus que jamais, ce procédé « rajeuni »
« n'est pas plus dangereux qu'un coup d'épée dans
l'eau », et il leur assurera les succès les plus ines-
pérés.

CYSTOSTOMIE ET CYSTODRAINAGE

Nous avons vu que les indications du cystodrainage étaient aussi nombreuses que variées. On peut presque les substituer complètement à celles de la ponction capillaire dont elles ont l'innocuité, et dans bien des cas elles seront les mêmes que celles de la cystostomie. Le plus souvent, en effet, le cystodrainage et la cystostomie procureront le même soulagement, la même survie, et ces deux opérations pourront facilement se suppléer. Les deux procédés ne donnent-ils pas également le même résultat, un canal de dérivation sus-pubienne, une fistule indolore laissant suinter l'urine et garantissant dans les deux cas un certain degré de continence ?

Si donc on arrive des deux façons à un résultat identique, peu importe au praticien et surtout au malade le procédé qui aura réussi. Ou plutôt il importe beaucoup, selon nous. Le praticien qui n'aurait jamais osé entreprendre la cystostomie, qui « nécessite un manuel opératoire soigné et méticuleux » (D^r Adenot) (1) et qui par elle-même « n'est pas sans dangers » (Bazy) (2), sera souvent bien heureux de sauver son malade à peu de

1. *Ann. des Mal. des Org. gén. ur.*, oct. 1892. Analyse de la thèse de Bonan.

2. Société de chirurgie, 17 nov. 1894.

frais « *tuto et jucunde* » à l'aide d'une simple ponction.
« Le principal avantage du drainage sus-pubien, dit le Dr Rémy (1), est d'être à la portée de tous les praticiens, même les moins versés dans la chirurgie.

Il n'exige aucune expérience, aucune instrumentation spéciale : Un trocart, une sonde, un tube de caoutchouc. »

Au chapitre des indications, M. Boutan après avoir dit qu'on devait admettre avec M. le professeur Guyon qu'une prostate ne saurait être un obstacle sérieux à l'introduction d'une sonde, ajoute : « Mais il ne faut pas oublier que les *malades sont souvent vus par des médecins dont l'habileté opératoire au point de vue spécial du cathétérisme, n'égale pas celle de M. Guyon.* Donc en réalité cette impossibilité se présente plus souvent qu'on est porté à le soupçonner, et il est utile de rappeler qu'il est un moyen simple, une ressource suprême mais inoffensive, dans les cas de ce genre : cette ressource c'est la cystostomie ».

Cet argument n'est-il pas d'une grande force pour nous et ne sommes-nous pas autorisés à dire à notre tour que les *malades seront souvent vus par des médecins dont l'habileté opératoire, au point de vue spécial de la cystostomie, sera loin d'égaler celle de M. Poncet.* Aussi sommes-nous heureux de rappeler que dans ce cas, il est un moyen plus simple encore, une ressource suprême et plus inoffensive, c'est le cysto-drainage. En effet, la suture de la muqueuse à la peau n'est pas toujours facile, par exemple dans ces cas de surcharge graisseuse de la paroi abdominale. Tandis que notre procédé est toujours telle-

1. *Bulletin général de thérapeutique*, 15 janvier 1894.

ment simple qu'il mérite à peine le nom d'opération et qu'il n'exige pas plus de capacité, de sûreté de main ou de coup d'œil que la simple thoracentèse, la ponction pour ascite aujourd'hui pratiquées par tous les médecins.

M. le professeur Poncet ne dit-il pas lui-même : « Je reconnais très volontiers qu'en cas d'urgence, c'est-à-dire sans instruments, mal outillé, en un mot dans l'impossibilité de faire la cystostomie, il vaut mieux ponctionner que s'abstenir systématiquement. On s'imagine aisément telles circonstances où cette conduite s'impose » (1).

Nous enregistrons cet aveu avec d'autant plus de plaisir que, pour nous, ainsi que nous l'avons démontré et le démontrerons encore, ces circonstances sont de beaucoup les plus nombreuses, et nécessiteront par conséquent le cysto-drainage. Ainsi, quand M. Lejars a ponctionné son malade de l'observation X, — c'était en province, à la campagne — il ne pouvait, faute d'outillage pratiquer rapidement que la ponction au trocart. Le malade qui vit encore et urine aujourd'hui d'une façon normale est loin de s'en plaindre.

Le prostatique de l'observation IX n'a été sauvé que grâce à la ponction de l'interne, nous dit M. Rémy. En effet, le chirurgien était absent ce jour-là, le malade était *in extremis*. La ponction et le drainage l'ont rendu à la vie.

On a dit que le cysto-drainage ne s'adressait qu'à la rétention. C'est une erreur. Nous avons vu au chapitre des Indications qu'on pouvait aussi bien l'appliquer au

1. *Semaine médicale*, 16 décembre 1893.

traitement des hémorrhagies vésicales, des cystites douloureuses et rebelles et des fistules vagino et recto-vésicales. Cette opération « réussit dans des cas désespérés où toute autre aurait échoué. Je la crois appelée à remplacer dans des cas de plus en plus nombreux l'opération réglée » (Rémy, *loc. cit.*). Ne fut-elle applicable qu'à la rétention qu'elle serait néanmoins une ressource des plus précieuses. « La rétention n'est-elle pas le plus souvent le phénomène mortel qui domine toute la scène et absorbe à lui seul toute l'attention du malade et du médecin, qu'elle que soit la cause qui la provoque » (Deneffe).

Se basant surtout sur des statistiques anciennes, on nous dit que l'infiltration d'urine et le phlegmon doivent être fréquents dans la ponction hypogastrique. A cela nous répondrons qu'on ne saurait sérieusement assimiler les cas anciens aux cas nouveaux, les ponctions avec canule métallique on sonde à demeure avec les ponctions aseptiques d'aujourd'hui, si merveilleusement perfectionnées par l'usage du tube-siphon. Grâce à la méthode antiseptique et d'après les récentes observations parvenues à notre connaissance, le procédé que nous préconisons n'a pas à craindre les revers d'autrefois. La septicité du réservoir urinaire sera victorieusement combattue par des lavages fréquents à l'eau boriquée. Quant à l'infiltration si incriminée, elle ne saurait se produire avec un siphon bien installé, puisque la vessie constamment tenue à sec cesse d'être un réservoir, le siphon aspirant l'urine goutte à goutte pour la déverser aussitôt (1). M. le professeur Pon-

1. Même avec la simple canule l'infiltration est rare d'après

cet lui-même reconnaît qu'avec le cystodrainage la « véritable infiltration urinaire » doit être une « complication rare » (1). Nous serions curieux de savoir si dans les cas où l'infiltration a pu se produire on avait toujours employé le siphon et si les complications n'étaient pas plutôt la conséquence de l'incurie ou des manœuvres intempestives des malades ou de leur entourage (2).

Nous croyons fermement au contraire qu'en dehors des chirurgiens de profession ou des habitués de la cystostomie les phénomènes d'infiltration et les accidents phlegmoneux seront bien plus fréquents dans la cystostomie que dans l'opération de Méry « rajeunie ». Que de fois n'arrivera-t-il pas dans la pratique courante (puisqu'on présente la cystostomie comme une opération d'urgence), que la vessie artério-sclérosée des prostatiques se déchirera en certains points, que la muqueuse vésicale éraillée cédera, et que les trous des points de suture seront autant de portes ouvertes à l'infiltration urinaire et septique.

M. Deneffe : « L'infiltration urineuse, suite de la ponction, est excessivement rare, parce que la musculature de la vessie ferme immédiatement la trouée du trocart, et si l'on maintient une canule, les adhérences qui s'établissent dans les 36 heures rendent l'infiltration impossible ». *Le Scalpel*, 18 novembre 1894. *A fortiori*, dirons-nous, qu'avec un tube-siphon, l'infiltration ne doit jamais se produire.

2. *Semaine médicale*, 16 décembre 1893. *Manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne. Cystodrainage hypogastrique.*

1. Ce procédé sans chloroforme peut paraître si simple et si bénin à quelques-uns, qu'ils ne puissent s'astreindre aux mêmes précautions qu'après une opération réglée. Mais le devoir du médecin est de surveiller attentivement son œuvre.

Entre des mains peu expérimentées surtout, les points de suture lâcheront souvent et l'urine, suintant d'une façon continue sur le tissu cellulaire mis à découvert par le retrait de la muqueuse, amènera l'infiltration tant redoutée ainsi que les complications phlegmoneuses.

Avec un tube siphon bien surveillé doit-on voir de pareils accidents? Cela nous paraît peu probable et les observations que nous avons recueillies semblent confirmer notre opinion. La vessie n'est-elle pas constamment vidée? Et tandis qu'après la cystostomie la paroi du nouveau canal et ses points de suture sont constamment baignés par l'urine, ici, au contraire, le nouvel urèthre, complètement tenu à sec, ne sert pas plus de conducteur au liquide que ne le fait l'œsophage dans le lavage de l'estomac.

Quant au reproche fait à la canule d'infecter les tissus qu'elle « essuie » (1), à sa sortie de la vessie, il ne saurait être bien fondé attendu que, si le liquide vésical peut être septique au début de son évacuation, il ne l'est déjà plus à la fin, quand il n'est composé que d'eau boriquée, et c'est alors seulement qu'on peut retirer la canule.

M. Poncet n'aime pas le drainage de la vessie. Il trouve inutiles les tubes Guyon-Pérrier, employés par M. Gangolphe et M. le professeur Tillaux. Ils peuvent irriter la muqueuse (Obs. Diday) et servir de voie à l'infection (2). Il dit dans sa première communication : « La cystostomie sus-pubienne assure l'écoulement constant,

1. Poncet. *Semaine médicale*, 16 décembre 1893.

2. Bonan. Thèse de Lyon, 1892.

facile des urines; elle permet des lavages, des irrigations intra-vésicales; fait que nous considérons dans l'espèce comme étant d'une importance capitale, elle ne laisse dans la vessie aucun corps étranger; elle supprime toute manœuvre, toute tentative chez un urinaire dont les organes doivent être laissés dans le repos le plus complet. De tels malades, l'expérience clinique le prouve, sont de véritables *noli me tangere* (1) ».

A cela nous dirons que le cystodrainage assurera l'écoulement des urines et permettra aussi bien les lavages que la cystostomie. D'un autre côté nous ne voyons pas que la suppression d'un tube ou d'une sonde aseptique soit d'une importance aussi capitale. La plupart des malades ne s'en sont pas mal trouvés et la supportaient sans aucun inconvénient. Ces malades peuvent être des « *noli me tangere* » mais avant l'intervention surtout. Une fois la vessie ouverte, l'irritabilité et la douleur s'atténuent beaucoup et même disparaissent. En quoi consisteraient d'ailleurs les merveilleux bienfaits d'une opération qui laisserait des sujets à l'état de *noli me tangere*. On pourra donc placer des drains qui seront généralement bien supportés.

Mais si le tube-siphon ne saurait être un corps étranger bien dangereux, n'a-t-il pas l'immense avantage, grâce à l'aspiration qu'il produit de drainer d'une façon complète le bas-fond vésical au même titre qu'une sonde à demeure; et l'on sait combien il importe d'empêcher

1. Poncet. Comm. à la Société de Méd. de Lyon, 4 fév. 1889 et *Lyon Médical*, 10 février 1889.

le séjour de l'urine dans la vessie. La cystostomie sans drain ne saurait donc bénéficier de cet avantage qui a bien sa valeur. « Dans les cas de stagnation, nous dit M. Boutan, la position dite à quatre pattes, sur les genoux et les coudes, suffit pour évacuer ce qui peut rester d'urine ». C'est vrai, mais quelle corvée pour un malade, surtout s'il est âgé ou impotent, d'être obligé pour prévenir la stagnation de l'urine, de se mettre incessamment à quatre pattes. Outre que la position manque de charme et devient ridicule même au milieu de la famille, il sera souvent impossible de l'imposer, et il faudra recourir au drainage.

Bien plus, il est à craindre que le méat hypogastrique sans drain n'expose plus à l'infection de la vessie que le passage de la sonde aseptique du tube-siphon. D'après M. Desnos (1) « l'existence de ce court trajet fistuleux à méat béant, sans sphincter réel, protégé d'une manière incomplète par un pansement souvent souillé, parfois même en contact permanent avec des objets tels que des vêtements ou un urinal, constitue assurément une voie ouverte aux germes pathogènes et leur permet de pénétrer dans l'appareil urinaire. »

Quant aux manœuvres et tentatives post-opératoires nous croyons que l'on peut en être sobre puisque tout péril est écarté, mais qu'il n'est pas nécessaire de les proscrire. En effet, les premiers cathétérismes seuls sont dangereux. Aussi croyons-nous avec M. Desnos qu'il n'y a pas grand inconvénient à les pratiquer quelque temps

1. *Loc. cit.*

après l'ouverture hypogastrique. M. Desnos cite des observations qui en font foi ; les urines de ses malades sont restées limpides malgré l'usage habituel de la sonde. Aussi pensons-nous que si la tentative de cathétérisme réussit, une sonde de Pezzer ou de Malicot devra être mise à demeure et le malade recouvrant l'urination normale en favorisera aussitôt la cicatrisation de l'urèthre contre nature.

Ce n'est qu'au cas où la ponction uréthrale semblerait pour toujours abolie qu'il faudrait à l'avance songer à la création d'un nouvel urèthre permanent et la cystostomie serait tout indiquée. Le bel exemple de M. Diday en est une preuve excellente. Mais dit le Dr Delafosse (1) : « A quels signes le chirurgien peut-il reconnaître que le canal est désormais hors d'usage ? Je suis obligé d'avouer que la thèse de M. Boutan pas plus que les excellents travaux sur ce sujet de M. Poncet, ne fournissent ces données, à moins d'admettre que ce chirurgien supprime radicalement la taille hypogastrique simple et la remplace toujours par la cystostomie dans les cas où la première doit être employée : Je crois qu'il vaut mieux ne pas faire la cystostomie d'emblée pas plus permanente que temporaire dans la majorité des cas indiqués par MM. Poncet et Boutan pour les raisons suivantes :

1° Impossibilité au chirurgien, au moment de l'opération, de savoir si le simple drainage post-opératoire ne sera pas suffisant, d'où inutilité d'une décision subite et d'emblée qui peut être préjudiciable au malade, d'autant

1. *Ann. des malad. des org. génit.-urin.*, oct. 1893.

plus que si les accidents se reproduisent après la fermeture de la vessie, il est toujours facile de faire une cystotomie en connaissance de cause ;

2° Impossibilité au chirurgien de savoir si la cicatrice ne se refermera pas, malgré les soins les plus minutieux, bien avant que les résultats désirés ne soient obtenus et quelquefois coudure du nouveau canal et tractions douloureuses de l'abdomen ;

3° Opération rendue quelquefois difficile par la friabilité de la paroi vésicale, l'obésité du malade, etc. M. Lejars écrit avec raison :

« La continence au moins relative de l'urine, tel est le gros point ; mais le chirurgien n'y peut rien : tout ce qu'il peut faire c'est l'accolement exact des parois vésicales et abdominales ; c'est au processus de cicatrisation et d'organisation ultérieure à parfaire la fistule. »

Il me paraît donc qu'il y a parfaitement lieu de considérer l'opération de M. Poncet comme devant prendre place dans la pratique chirurgicale, mais dans des cas beaucoup plus restreints que ne le pense son auteur.

Il est difficile, croyons-nous, de réfuter les arguments du Dr Delafosse.

Quoiqu'il en soit, si la nécessité d'un nouveau canal permanent se faisait nettement sentir, y aurait-il inconvénient à avoir pratiqué le cysto-drainage ?

Loin de là, que reste-t-il à faire, en effet, pour transformer l'urèthre temporaire en urèthre permanent ? Rien, sinon laisser la sonde et dilater le canal.

Dans une séance de l'Académie de Médecine de Belgique (nov. 1894), M. Deneffe après avoir fait un

parallèle entre la ponction opératoire simple, rapide, facile et la néo-uréthro-cystostomie de M. Poncet, dit que cette sorte d'urèthre artificiel de M. Poncet peut se créer spontanément autour de la canule du trocart, par suite de l'allongement des adhérences provoquées entre la paroi abdominale et la vessie (Scalpel, 18 nov. 1894).

D'ailleurs il ne semble pas, d'après M. Lejars, que pour être ainsi créé au trocart, l'urèthre contre-nature soit très inférieur, quant à ses aptitudes fonctionnelles, à celui qu'on obtient par la cystostomie.

Bien plus, nous croyons qu'il y aura plutôt de la continence chez les ponctionnés que chez les cystostomisés. Sur 14 de ceux-ci, 5 seulement gardaient leurs urines un temps suffisamment appréciable « probablement parce que le canal est trop large » dit M. Boutan. C'est justement une des raisons qui nous feraient préférer le trajet dû au trocart car « sa petitesse même est une garantie de continence » (Remy).

Admettons encore que quelques jours après une ponction on éprouvât exceptionnellement la nécessité de faire une ouverture plus large de la vessie (présence de calculs ou de caillots) (1) le chirurgien n'aurait-il pas toujours le temps de recourir à la cystostomie ou même à la cystotomie, à son gré. Ces opérations lui seraient même singulièrement facilitées, ainsi que nous l'avons dit plus haut, par la fixation préalable de la vessie à la paroi abdominale. Dans ces conditions la ponction ne serait, suivant

1. D'après M. Guyon, leur évacuation est le plus souvent justifiable de la lithotritie et de l'aspiration.

l'expression de M. le professeur Poncet, que « le premier temps de l'ouverture de la vessie » (1). Il n'y a pas grand mal à cela.

Que de fois n'arrivera-t-il pas au contraire que ce premier temps sera aussi le plus décisif pour la vie du malade. Et d'où vient que la cystostomie compte tant de revers mortels, que les résultats de ses statistiques sont même bien inférieurs à ceux qui nous ont été laissés de la vieille opération de Méry telle qu'on la pratiquait autrefois lorsque les perfectionnements dûs au tube-siphon et à l'antisepsie n'étaient pas encore connus. Sur 72 cas relevés par Pouliot on compte seulement 13 décès.

Peut-on encore parler des dangers de la ponction, aujourd'hui surtout que les lavages antiseptiques et un drainage parfait doivent la rendre absolument inoffensive.

Lisons les partisans des méthodes rivales et voyons comment ils justifient la mortalité effrayante de leurs procédés :

« Si l'on prend en bloc toutes les observations publiées on est frappé de la grande mortalité des opérés. Mais on aurait tort de juger par là de la gravité de la cystostomie. Tous les malades qui ont succombé dans les huit premiers jours ont été opérés dans un état général extrêmement grave et n'ont pu être sauvés quoique opérés. Ces morts ne sont pas imputables à l'intervention, mais au retard que l'on a mis à ouvrir la vessie, à l'infection qu'on a laissé se produire, par sondes à demeure, ponctions, etc. ».

1. *Semaine médicale*, 16 décembre 1893.

Mais certainement ils ont été opérés trop tard et voilà surtout la cause de la mortalité bien plus que l'usage des sondes à demeure ou des ponctions. A l'arrivée du chirurgien les lésions étaient déjà irrémédiables. Et ce sera le sort de toutes les opérations trop bien réglées d'arriver trop tard dans les cas d'urgence. Dans les hôpitaux, dans les grandes villes cela se voit moins. Mais loin des centres, avant qu'on ait pris les dispositions nécessaires à une opération compliquée, la mort aura souvent fait son œuvre. *Sero medicina paratur.*

Cum mala per longas involuere moras.

A l'hôpital même il faudra attendre le chef de service, qui, souvent n'ayant pu être prévenu n'arrivera que le lendemain à une heure assez avancée de la matinée. Avec l'opération de Méry, il n'est pas besoin d'attendre. A toute heure, sans aides, l'interne de service pourra la pratiquer, ainsi qu'il est arrivé dans l'observation IX que nous devons à l'obligeance de M. Remy. On économisera ainsi des heures et le malade aura le temps d'être sauvé.

Un autre point d'une grande importance est la rareté du retour de la fonction uréthrale chez les cystostomisés, rareté qu'on ne trouve pas après le cystodrainage. «Cet obstacle à l'urination physiologique ne tient pas, nous dit M. Boutan, à l'imperméabilité du canal; car, en général, chez les cystostomisés, le cathétérisme uréthral peut, après quelques jours, être assez facilement pratiqué. Mais il y a deux causes, d'après M. Poncet, qui s'opposent au rétablissement de la miction normale.

« D'une part l'hypertrophie prostatique qui persiste, continue à obstruer mécaniquement le col; d'autre part,

le mode de contraction des parois vésicales peut changer »

D'après M. Diday, la vessie fixée désormais sur une certaine longueur à la paroi abdominale, a subi probablement dans sa contractilité certaines modifications... *Immobilisée*, la paroi antérieure ne doit jouer qu'un faible rôle dans la poussée de l'urine. C'est surtout la paroi postérieure et le sommet de la vessie qui interviennent. Il n'est plus question alors d'une contraction en boule, mais d'une sorte de contraction en surface. C'est ainsi que l'urine se trouve plus volontiers chassée vers l'urèthre nouveau que vers le col. » On a donc dépassé le but, ainsi que nous le disons plus haut, puisque ce mode de fixation de la paroi antérieure de la vessie déterminant un changement des contractions vésicales, empêche la fonction physiologique de réapparaître avec la perméabilité du canal. Ainsi, nul doute qu'à Lyon, nos malades Obs. I, II, IV, VII, VIII, X, XII qui avec une bonne santé ont recouvré l'urination normale auraient été cystostomisés, et, perdant ainsi probalement le retour de la fonction uréthrale, auraient dû se contenter pour le reste de leur existence d'un méat artificiel plus ou moins continent. Mais comme ils y auraient perdu sans compter que le retard inhérent à l'opération réglée aurait peut-être causé la mort de quelques-uns.

L'école de Lyon a pour but de créer d'emblée à propos d'un simple accident de rétention un urèthre définitif. Cette idée de vouloir dénouer par une infirmité permanente une situation qui peut n'être que passagère ne nous semble pas devoir être ratifiée par l'avenir. C'est

aussi l'avis du Dr Desnos (1). « Lorsqu'un chirurgien a été amené à ouvrir la vessie d'un prostatique pour parer à des accidents déterminés, nous ne croyons pas, en l'état actuel de la science, qu'il doive se proposer comme but le maintien permanent d'un urèthre hypogastrique ».

M. Bazy (2), dit à son tour : « La cystostomie ne doit être pratiquée que lorsqu'on aura échoué par tous les autres moyens; le drainage de la vessie par la sonde à demeure, dont on a exagéré les inconvénients, peut être la plupart du temps suffisant et l'on ne doit considérer la création d'un méat hypogastrique que comme une opération d'exception ».

Tous les porteurs de fistule ne sont pas d'ailleurs contents de leur sort, nous dit Vignard. En 1890, M. Guyon reçut un prostatique taillé 7 mois auparavant par M. Schwartz pour une cystite grave et qui portait à ce moment-là une fistule sus-pubienne et un appareil récepteur volumineux et incommode. Bien qu'il ne souffrit plus de la vessie, que son état général fut bon, que l'opération lui eut en somme rendu service, il réclamait avec insistance la suppression de sa fistule et de son appareil qui le gênait, disait-il, au point de lui rendre l'existence intolérable.

Aussi pensons-nous avec M. le professeur Guyon qu'au lieu de rechercher une fistulisation continue on doit plutôt se préoccuper du retour de l'urèthre à sa fonction physiologique.

1. *Ann. Malad. des org. génit. urin.* (nov. 1893).

2. *Bullet. Médic.* (28 oct. 1894). compte-rendu. d'une séance de la Société de chirurgie.

Que se passe-t-il en effet d'habitude ? Un malade se présente à nous avec des accidents aigus de rétention. Tout cathétérisme est impossible.

Qu'on fasse la ponction hypogastrique avec siphon et lavages fréquents de la vessie. L'orage passé, les organes reviennent à l'état normal, on peut réintroduire et laisser à demeure la sonde uréthrale. Le canal sus-pubien est aussitôt cicatrisé. Quelques jours de traitement auront suffi pour que le malade revienne à la santé la plus parfaite et reprenne les travaux les plus durs. Tel est le cas type que l'on doit rencontrer le plus souvent dans la pratique.

Or, admettons que l'on ait voulu faire la cystostomie ; cela n'entraîne-t-il pas, dans les campagnes surtout, un retard de plusieurs heures, d'un jour peut-être pour les préparatifs de l'opération, des aides d'une asepsie douteuse, et une chloroformisation qui a toujours ses dangers ?

Bien que dans ce travail nous ayons surtout envisagé le côté pratique, nous n'insisterons pas non plus sur la situation possible du praticien éloigné des centres, privé d'instruments de rechange et s'apercevant tout-à-coup que son aiguille — instrument aussi fragile qu'indispensable — fonctionne mal ou lui fait totalement défection.

Le cas se présente dans les hôpitaux où il n'a pas d'inconvénients. Mais en sera-t-il de même dans la clientèle ? Avouons en passant qu'avec le trocart on est à l'abri de pareille déception. Tout ce qui peut arriver en effet c'est la non-adaptation de la sonde à la canule, et

dans ce cas, on en sera quitte pour laisser cette dernière en place en attendant de remettre une sonde mieux appropriée.

Loin de nous néanmoins la pensée de vouloir pousser au noir le tableau que nous offrirait la cystostomie dans la pratique courante, surtout dans les campagnes. Dans ce qui va suivre, au contraire, nous supposerons un opérateur très habile, une opération réussissant à souhait. Et comme dans le cas précédent où nous avons pratiqué le cystodrainage, plaçons-nous à deux ou trois jours après l'intervention chirurgicale, quand l'urèthre physiologique vient de reprendre ses fonctions. Verra-t-on alors comme après la simple ponction la fistule sus-pubienne se cicatriser en deux jours et le malade reprendre aussitôt son ancien genre de vie? Non. Si l'opération a été bien conduite, si la muqueuse tapisse exactement toute la paroi du nouveau canal, ne faudra-t-il pas une ou plusieurs interventions nouvelles avec chloroforme peut-être pour débarrasser sans trop de retard le malade de son incontinence. Dans ce cas, en effet, le cystostomisé fera comme celui de M. Schwartz; il ira réclamer au chirurgien l'oblitération de sa fistule, perdant ainsi un temps précieux. Nous croyons donc qu'en mettant les choses au mieux, en admettant que le médecin « pour son coup d'essai ait fait un coup de maître », qu'il ait eu des aides d'une asepsie rigoureuse, des instruments en bon état et pas d'accidents de chloroforme, il n'en reste pas moins acquis qu'il y a eu fatalement un retard préjudiciable au résultat de l'opération (puisqu'il aura pu permettre l'infection de l'appareil uri-

naire supérieur) et que d'un autre côté on aura dépassé le but à atteindre.

Pour éviter ce *retard* si préjudiciable mais inhérent, selon nous, à cette méthode pourtant dite *d'urgence*, on nous conseille bien de faire une ponction capillaire en attendant l'opération réglée. Mais d'après les cystostomistes eux-mêmes, les dangers précités n'existent-ils pas aussi dans la ponction capillaire et ne vont-ils pas chercher ainsi deux causes d'infiltration et d'infection au lieu d'une ?

Mais nous avons dit aussi qu'on avait dépassé le but à atteindre. Il suffisait en effet d'un coup de trocart et on a fait une opération compliquée. Il fallait un remède passager comme l'accident lui-même et on s'est efforcé de créer une infirmité définitive et répugnante. Il faudra une nouvelle intervention pour défaire ce qui a été fait de trop, et obtenir rapidement l'oblitération cicatricielle de la fistule. Pour cette raison encore, mieux vaut pour nous le cystodrainage d'emblée, *opération d'urgence ou palliative à volonté*, à effets temporaires ou permanents suivant les indications. Le patient est à l'instant soulagé. Par des lavages abondants et immédiats qui ne sauraient également faciliter la ponction capillaire, ses reins et ses uretères seront peut-être préservés. Il n'aura plus la perspective déprimante d'une opération grave ; il échappera au choc opératoire et aux dangers du chloroforme.

EXPOSÉ CRITIQUE DE QUELQUES OPINIONS RÉCEMMENT ÉMISES SUR L'OPÉRATION DE MÉRY ANCIENNE OU « RAJEUNIE ».

De nos jours les opinions sont aussi partagées qu'autrefois. Nous en avons recueilli quelques-unes intéressantes et que nous allons reproduire. Disons tout d'abord que les plus acharnés contre l'opération de Méry même « rajeunie », sont naturellement les plus chauds partisans de la cystostomie « quand même ». Nous pouvons dire qu'ils sont quelquefois injustes dans leurs critiques.

Ainsi, M. Boutan (1), après avoir longuement énuméré les avantages de l'opération de Poncet, s'exprime en ces termes singulièrement exagérés : « Ce procédé aveugle expose à l'infiltration d'urine... car l'urine filtre toujours entre la canule et les tissus; elle peut s'épancher directement dans le tissu cellulaire prévésical lorsque l'extrémité de l'instrument ne plonge plus dans la vessie qui, en revenant sur elle-même, l'a abandonné ». Evidemment il a voulu parler de la vieille opération telle que Méry l'avait pratiquée. Mais les choses se passent-elles de la même façon aujourd'hui? Comment l'urine filtrerait-elle entre la canule et les tissus, puisque d'abord il

1. Thèse, 1893.

n'y a pas de canule, qu'ensuite le siphon qui la remplace aspirant l'urine goutte à goutte empêche tout épanchement à travers la plaie.

Ainsi tombe de lui-même le principal argument contre la ponction. Nous avons vu que la crainte du phlegmon hypogastrique n'était pas mieux fondée.

D'autres ne sont guère plus favorables.

Le Dr Vignard, traitant des *opérations palliatives chez les prostatiques* (1), a beau publier dans sa statistique trois cas des plus heureux, connaître les deux belles observations du Dr Lalesque, n'en hésite pas moins à dire au début de son étude : « Nous négligerons presque complètement dans le cours de ce travail la ponction hypogastrique suivie de canule à demeure ». Pour lui c'est une quantité négligeable.

Un peu plus loin, il dit : « Nous n'ignorons pas cependant que le vieux procédé de Méry (1701), est encore en honneur auprès de certains chirurgiens (Dittel, Fehleisen, Deneffe) et M. le Dr Lalesque, dans un article récent (2), plaidait éloquemment sa cause pour certains cas urgents où le chirurgien ne possède sous la main qu'un trocart et une sonde. Mais dans la grande majorité des cas, quand il s'agit de créer à la vessie une ouverture sus-pubienne temporaire ou permanente, la ponction hypogastrique est inférieure à la cystostomie.

C'est de la prévention pure et simple, comme nous le constaterons encore. Aussi, nous rappelant le mot de

1. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, novembre 1890.

2. *Id.*, mars 1890.

M. Boutan sur le cysto-drainage « c'est un procédé aveugle » nous dirons à notre tour et non sans raison que s'il y a quelque chose d'aveugle dans la méthode, c'est la *prévention* qu'on a contre elle.

Le Dr Desnos n'échappe pas non plus à la contagion quand dans un article plus récent (nov. 1893), paru aussi dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (Cystotomie et cystostomie chez les prostatiques) il s'exprime ainsi : « Quant à la ponction hypogastrique à l'aide d'un gros trocart avec maintien d'une canule à demeure, c'est l'opération ancienne; celle de Méry ; des faits nouveaux, ceux de Forestier (de Seignelay), de Lalesque, ont rappelé son existence ; tout récemment M. Lejars a pris sa défense et publie des faits de guérison intéressants. Nous ne croyons pas qu'elle deviendra jamais d'un emploi général ; plus encore que la ponction capillaire, c'est un expédient utile à connaître et qui est indiqué quand, le cathétérisme étant impossible, les ponctions capillaires, pour une raison quelconque, ne peuvent pas être répétées. Mais, en cas d'urgence, la ponction capillaire avec aspiration est d'une exécution plus facile et suffit pour soulager le malade : si, au contraire, on a le temps de prendre les dispositions nécessaires, l'incision hypogastrique est préférable. »

Quelques-uns, même de ceux à qui la méthode a donné des succès, ont gardé comme un reflet de la prévention commune, se justifiant presque d'avoir employé un procédé qui lui avait pourtant si bien réussi. Ainsi le Dr Fernand Lalesque (1), après avoir publié deux obser-

1. *Annales des Mal. des Org. génito-urinaires*, mars 1890.

vations remarquables et que nous avons publiées, les fait suivre d'un commentaire dont le peu d'enthousiasme fait contraste avec les résultats obtenus.

Comme tant d'autres, il craint de sortir des voies classiques. « En publiant, dit-il, les deux faits dont la relation précède, mon intention n'est point d'essayer la réhabilitation de la ponction avec canule à demeure au détriment de la ponction capillaire aspiratrice. *Ce serait aller à l'encontre de tous les faits connus et classiques.* Du moins ressortira-t-il de cette étude que l'ancien procédé, avec certaines modifications techniques et avec le secours de la méthode antiseptique, est peut-être moins à dédaigner qu'autrefois ».

Plus loin, sous forme de conclusions, il ajoute : « La ponction hypogastrique peut donner des résultats autrement favorables que par le passé si à la canule à demeure on substitue une sonde en gomme ou en caoutchouc; et si on met en œuvre dans toute sa rigueur la méthode antiseptique pré et post-opératoire. Je n'hésite pas à lui attribuer l'absence de toute complication chez mes deux opérés. »

Nous devons néanmoins être reconnaissants à M. le Dr Lalesque d'avoir publié ses deux observations si intéressantes.

Leur connaissance a pu servir et inspirer ceux qui devaient suivre la même voie.

Depuis, le Dr Lalesque n'a pas eu l'occasion de renouveler son opération.

Le cathétérisme lui a suffi. Mais le cas échéant, il n'hésiterait pas à recommencer.

Il est toujours utile et intéressant de connaître l'opinion de M. le professeur Guyon qui est un juge si compétent dans la matière. Les opérations palliatives tentées chez les prostatiques le séduisent peu, mais il ne les dédaigne pas. Le peu de faveur qu'elles trouvent auprès de lui s'explique aisément par la grande habileté du maître; il a rarement besoin d'y recourir malgré le grand nombre de prostatiques auxquels il donne chaque jour ses soins. Mais, s'il ne s'en est que très rarement servi, il est loin d'en proscrire l'usage. Pour lui, avec une sonde à béquille et son mandrain, la prostate ne saurait être que bien rarement un obstacle infranchissable; aussi ne réserve-t-il « l'opération sanglante » qu'à des cas tout-à-fait exceptionnels. Voici ce qu'on trouve dans une de ses magistrales leçons.

Parlant des tentatives opératoires justifiées dans certains cas, il dit (1). « *Quoiqu'il soit utile de les connaître et légitime d'y recourir* il est avant tout indispensable de ne pas ignorer les ressources que l'on trouve dans l'emploi méthodique du cathétérisme et des topiques... dans des cas en apparence peu faits pour le prévoir, la miction se rétablit complètement, des hémorrhagies graves sont arrêtées, un état infectieux des plus menaçants peut être conjuré... Vous êtes chaque jour les témoins des résultats obtenus dans cette clinique, pour les cathétérismes difficiles, par l'emploi méthodique du mandrin à grande et petite courbure. »

M. le professeur Guyon termine sa leçon en disant à ses auditeurs : « Il se peut que vous vous trouviez en

1. *Ann. des Mal. des org. gén. urinaires*, mars 1893.

face de situations qu'une opération assurant l'issue permanente de l'urine dénonce plus sûrement que la sonde. Et je répète que vous serez alors dans votre plein droit en imposant à vos malades l'intervention sanglante. Mais je parlerai avec les faits en vous disant : semblables nécessités sont absolument exceptionnelles même pour de graves complications. »

M. Deneffe, professeur à l'Université de Gand, qui depuis une trentaine d'années s'occupe de la question des ponctions vésicales, a recueilli plus de trois cents observations et publié sur ce sujet des travaux remarquables. Après une étude approfondie des divers procédés employés pour ponctionner la vessie, il donne hautement la préférence à la ponction, au gros trocart avec canule à demeure, et il n'a jamais cessé d'être un de ses plus chauds partisans.

Son premier et plus important mémoire remonté à 1874. Nous y trouvons ceci : « La ponction de la vessie qui a sauvé tant d'existences, mérite de conserver sa place dans la thérapeutique chirurgicale et d'être appliquée dans tous les cas où le chirurgien placé en face d'un malade atteint de rétention d'urine se sera rendu le témoignage d'avoir fait inutilement pour pénétrer dans le réservoir urinaire, tout ce que son intelligence et son habileté manuelle lui auront permis de faire (*Mémoires de l'Académie de médecine de Belgique*, 1874, T. II, *De la ponction de la vessie*).

Seize ans plus tard, en 1890, l'éminent professeur fait suivre des réflexions suivantes la belle observation dont nous avons reproduit un résumé :

« Et l'on dit, écrit et répète que la ponction de la vessie est une opération dangereuse! Voilà un homme de 70 ans qui l'a subie 17 fois sans le moindre accident.

Je le mets en parallèle avec ce journalier âgé de 35 ans, reçu en 1825 à la Charité de Berlin et qui subit 20 fois la ponction recto-vésicale avec le plus grand succès.

Quelle vivante réponse à ceux qui ont proclamé la ponction de la vessie comme une extrême-onction chirurgicale!

... C'est une opération utile puisqu'elle arrache immédiatement le malade à une mort imminente et le ramène au bout de quelques jours dans l'état où il se trouvait avant la rétention.

... La fistule hypogastrique se ferme dès que l'urèthre redevient perméable à l'urine. C'est une règle constante.

Passant à la ponction capillaire avec aspiration, il ajoute : « Elle doit être répétée par le chirurgien lui-même, aussi souvent que le patient éprouve le besoin de vider sa vessie. Mais si ce besoin est fréquent ou si le chirurgien reste loin de son malade, ce procédé n'est plus pratique.

(*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, séance du 25 janvier 1890, *Ponctions de la vessie*, p. 46).

En lisant certains articles encore plus récents nous avons été heureux de constater que dans le camp chirurgical d'autres praticiens aussi éminents se gardaient de nourrir contre le cystodrainage des sentiments aussi manifestement injustes que ceux que nous avons signalés plus haut.

Voyons en effet ce que dit celui qui sans être l'inven-

teur de la méthode lui a néanmoins donné le nom sous lequel nous la présentons aujourd'hui. Le Dr Lejars écrit : « Vraiment ce procédé simple, facile, utilisable partout et par tous, mérite bien qu'on s'y arrête un peu. A entendre les auteurs, ce serait une méthode vieillie, dangereuse, condamnable, et tous de confiance, crient haro... Que reproche-t-on en effet à ce mode de faire, d'exposer à la blessure du péritoine ? Si l'on songe que le trocart porte toujours sur le globe vésical extrêmement distendu, on admettra, qu'à moins de faire de parti pris la ponction très haut, pareil accident soit très exceptionnel ; du reste, où sont les faits précis ? Une complication plus à craindre et dont les statistiques anciennes fournissent d'assez nombreux exemples, c'est l'infiltration d'urine... En réalité, ce danger semble presque nul, si l'on substitue à la canne métallique la sonde molle en caoutchouc rouge, et que l'on prenne des précautions spéciales.

« Que les accidents phlegmoneux fussent d'observation relativement fréquente, à l'époque où Pouliot soutint sa thèse, il n'y a là rien de surprenant ; je me souviens moi-même d'avoir vu, il y a quelque dix ans, un phlegmon hypogastrique succéder à la ponction au gros trocart, mais je ne doute pas que l'antisepsie du trocart de la plaie et de la vessie n'en ait pu prévenir le développement.

« Depuis un an, j'ai eu l'occasion de pratiquer cinq fois la ponction hypogastrique au gros trocart, suivie de sonde à demeure, le cystodrainage hypogastrique, et je n'ai jamais eu le moindre accident inflammatoire.

Il n'est pas douteux qu'une opération réglée et méthodique, comme la cystostomie de Poncet, ne vaille toujours mieux ; mais, loi d'urgence, la ponction de Méry, *rajeunie*, la remplace très suffisamment et la possibilité de faire très vite sans chloroforme est parfois un précieux avantage ».

A son tour, M. Ch. Remy, professeur agrégé de la Faculté de Paris, chirurgien de la maison départementale de Nanterre, accompagne des réflexions suivantes la belle observation d'un de ses malades qui avait obtenu, grâce au cystodrainage, une survie de 14 mois.

M. Rémy va même plus loin que M. Lejars.

Nous sommes heureux de reproduire ses paroles.

« La ponction de mon interne a donc sauvé un malade *in extremis* et l'a mis dans une situation aussi bonne que celle qui succède aux cystostomies les mieux réglées.

« Je trouve à cette opération des qualités qui sont résumées dans ces trois mots que Malgaigne a mis en exergue de son *Traité de médecine opératoire* : sécurité, simplicité, célérité. »

« Je n'hésite pas à recommander son emploi.

« Elle réussit dans des cas désespérés où toute autre aurait échoué. Elle pourrait être appliquée avec non moins de succès aux cas favorables et je la crois appelée à remplacer, dans des cas de plus en plus nombreux, l'opération réglée. »

Rappelant l'article du Dr Lejars paru dans la *Semaine médicale* du 4 octobre 1893, et la réponse du professeur Poncet parue dans le même journal le 16 décembre

1. *Bulletin général de thérapeutique*, 15 janvier 1894.

suivant, il n'hésite pas à dire : « Dans ce débat nous nous rangeons du côté de Lejars. »

Puis il ajoute : « La cystostomie comme le cystodrainage ne sont que des méthodes palliatives de traitement de l'hypertrophie de la prostate. Il vaudrait mieux se contenter de cathétérismes antiseptiques inoffensifs pour soigner les prostatiques, comme le recommande le professeur Guyon. C'est l'idéal ; mais du moment qu'il faut intervenir, la méthode la plus simple est la meilleure.

La fistule qu'elle laisse à sa suite est une infirmité transitoire, tandis que l'infirmité que laisse l'opération réglée menace d'être définitive à moins d'opération nouvelle. Enfin, malgré les précautions opératoires, l'incontinence d'urine n'est pas plus sûrement évitée par la cystostomie que par le cysto-drainage. Le principal avantage du drainage sus-pubien par une ponction au trocart est d'être *à la portée de tous les praticiens, même les moins versés dans la chirurgie.*

Il n'exige aucune expérience, aucune instrumentation spéciale ; un trocart, une sonde et un tube de caoutchouc....

« Le cysto-drainage (ponction, passage de la sonde par la canule et extraction de la canule) peut être terminé en une minute sans anesthésie, plus rapidement qu'aucune autre opération. Il ne détermine pas de choc opératoire, il permet non-seulement d'évacuer l'urine, mais de lui enlever ses propriétés infectantes en faisant des lavages médicamenteux dans la vessie.

« Les effets de cette désinfection sont d'amener une diminution de la congestion des organes génito-urinaires

et dans certains cas, la prostate, revenue sur elle-même laisse de nouveau passer l'urine.

« Au cas où la fistule doit persister, sa petitesse même est une garantie de continence urinaire.

« Enfin, si on compare les résultats de la cystostomie et du cystodrainage dans les cas d'urgence, tout l'avantage est encore en faveur de la ponction. »

Dans un article paru il y a deux mois (*Presse médicale*, 13 octobre 1894) sur la cystostomie et le cystodrainage le D^r Romme semble bien adopter d'une façon générale les conclusions de M. Poncet. Mais nous sommes déjà loin des appréciations plus que rigoureuses qu'à l'apparition de la cystostomie certains chirurgiens avaient portées sur l'opération de Méry.

Plus récemment encore, le D^r Tuffier dans un rapport à la Société de chirurgie tendait à limiter les indications de la cystostomie. Nous pensons que le cystodrainage ne peut que bénéficier de ces restrictions.

Tandis que Vignard en 1890, dans son travail. *Sur les opérations palliatives chez les prostatiques*, croit ne pas devoir insister sur le cystodrainage, nous pensons qu'il serait difficile de conserver le même dédain, aujourd'hui que le procédé est « rajeuni », suivant l'expression de M. Lejars et que des cas nouveaux sont venus témoigner en faveur de l'utilité et de l'excellence de la méthode.

Aussi, avons-nous eu bien soin dans le cours de ce travail de mettre en regard des diverses opinions citées, la date à laquelle elles ont été émises. Il se peut que les observations récemment publiées aient modifié le jugement de quelques-uns.

OBSERVATIONS

Nous publions 12 observations (1).

Sept d'entre elles accusant un retour rapide de la fonction uréthrale (ce qui est d'ailleurs la règle) témoignent ainsi que dans ces cas la cystostomie eut été inutile, et par la même dangereuse.

Dans les cinq autres, où le canal sus-pubien a dû être conservé, la situation des malades est restée aussi bonne qu'après l'opération la mieux réglée.

Ces 12 observations nous montrent suffisamment l'innocuité des ponctions au trocart.

Mais nous devons ajouter que 4 seulement d'entre elles, les dernières (dues à MM. Rémy et Lejars), se rapportent complètement au cystodrainage tel que nous l'avons décrit (ponctions, lavages antiseptiques), et aspiration par le siphon.

Nous regrettons que d'une façon générale la continence des ponctionnés n'ait pas été aussi bien étudiée que celle des cystotomisés, car nous pensons qu'à ce point de vue encore les premiers doivent être favorisés.

1. La première a surtout un intérêt historique.

OBSERVATION I

Publiée par Méry dans les *Mémoires de l'académie royale des sciences*. Paris, 1701, page 290.

L'expérience m'ayant fait connaître, il y a longtemps, l'extrême danger que courent ceux qui sont attaqués de suppression d'urine, lorsque pour les soulager on se trouve obligé, faute de les pouvoir sonder, de faire une ouverture au périnée pour entrer dans la vessie, je me suis toujours imaginé qu'il serait beaucoup plus sûr de faire, au-dessus des os pubis, une ponction au corps de cette partie pour en tirer l'urine.

L'occasion de faire cette épreuve se présenta le mois d'août dernier. Un pauvre homme, âgé de 60 ans ou environ, ne pouvant point uriner depuis 28 heures, vint à l'Hôtel-Dieu pour y chercher le secours dont il avait besoin. On tenta plusieurs fois de le sonder, on n'en put venir à bout. Je le fis baigner, il prit des émulsions faites avec les semences froides, le sirop de Linion et l'eau de pariétaire. Tous ces remèdes lui ayant été inutiles, je pris enfin la résolution de faire au-dessus des os pubis à côté de la partie externe inférieure du muscle droit du ventre, une ponction au corps de la vessie avec un Troiscar portant avec lui sa canule.

Il en sortit au moins trois chopines d'urine, qui parut d'abord mêlée de pus et de glaires. Je ne laissai la canule dans la vessie que jusqu'au lendemain, parce qu'étant d'acier, je craignais que les parties piquées n'en souffrissent. Ce jour-là se passa sans urine, ce qui m'engagea sur le soir de répéter la ponction par le même endroit, en prenant la précaution de porter dans la vessie mon Troiscar garni de sa canule d'argent dont je crus que les parties se pourraient mieux accommoder. Je laissai pendant deux

jours cette canule dans la vessie; à la fin desquels l'urine commença à couler peu à peu par la verge, ce qui me porta à retirer la canule.

Le premier jour qui suivit le moment de la ponction que je fis au malade, je laissai la canule ouverte pour donner lieu à l'urine de s'écouler librement, et par ce moyen occasion à la vessie de se rétablir. Le second et le troisième jour, je fermai la canule, me contentant de l'ouvrir pendant ces deux jours de huit en huit heures afin de remettre les fibres charnues de la vessie en état de se contracter pour chasser l'urine par l'urèthre, ou par la canule en cas que le col de la vessie ne put céder à l'effort des fibres de son corps. Le malade passa la nuit du 3 au 4 fort tranquillement, et le lendemain matin il jeta par la verge, à ce qu'il me dit, deux pintes d'urine.

Le 10, il fut parfaitement guéri de sa ponction sur laquelle je n'appliquai dans le commencement qu'une compresse trempée dans le vin rouge et sur la fin une emplâtre de Minio. Quoique j'aie fait la ponction à côté de la partie inférieure du muscle droit pour entrer dans la vessie, et éviter l'artère et la veine épigastrique, qui rampent sur la surface interne de ce muscle, je crois cependant qu'elle se peut faire sans courir aucun risque, immédiatement au-dessus de la symphyse des os pubis entre les deux muscles pyramidaux.

Ce que j'ai éprouvé depuis avec un heureux succès.

(*Extrait des observations sur les hernies*, par M. Méry, Obs. VI).

OBSERVATION II

Il y a une dizaine d'années, mon domestique Hubert Aubinet, alors âgé de 74 ans, ayant pris quelques verres de bière et quelques gouttes pour digérer la bière, fut atteint de rétention d'u-

rine. Jusque-là, il n'avait jamais souffert des organes urinaires, et la miction était régulière... Toute tentative de cathétérisme étant infructueuse, Aubinet qui avait déjà assisté son maître dans une ponction vésicale et en avait constaté les bons résultats demanda instamment qu'on lui fit aussi la ponction hypogastrique... Je plonge mon gros trocart dans l'hypogastre, j'évacue l'urine, puis je retire la canule.

Quelques heures après, Aubinet urinait par le canal de l'urèthre.

Deux fois depuis, Aubinet a présenté les mêmes accidents de rétention, et deux fois, d'un commun accord, nous avons eu recours au même traitement, deux fois encore nous avons obtenu le même succès.

J'ai quitté la médecine. Mais Aubinet est resté mon seul client. A diverses reprises, l'hypertrophie prostatique dont il était atteint a provoqué de nouvelles rétentions que j'ai pu combattre par le cathétérisme.

Mais deux fois, pendant mon absence, la rétention s'étant produite, les médecins appelés n'ont pas réussi à conduire la sonde jusque dans la vessie, et pressés par Aubinet, ils ont, *reluctante animo*, pratiqué deux fois la ponction hypogastrique et deux fois ils ont obtenu le même succès que moi-même j'avais obtenu trois fois auparavant.

Ainsi donc, voilà un homme qui a subi cinq fois la ponction de la vessie et qui, quelques heures après chaque ponction a uriné naturellement. Jamais le moindre accident n'a compliqué ces opérations; en très peu de jours la plaie abdominale fut chaque fois cicatrisée » (D^r André).

(Obs. communiquée à l'Académie de Médecine de Bruxelles par M. Deneffe, insérée dans le *Bulletin de l'Académie*, année 1880).

OBSERVATION III

Par le D^r Forestier (de Seignelay). *Gazette des hôpitaux*, n. 94,
12 août 1876.

F..., 76 ans, n'a jamais fait d'excès d'aucune sorte, ni alcooliques, ni autres. Il a éprouvé pour la première fois des difficultés à uriner, il y a une dizaine d'années ; depuis cette époque et à des distances plus ou moins éloignées, des accidents du côté de la miction sont apparus, mais chaque fois le cathétérisme les a fait cesser.

Dans la nuit du 6 au 7 juin, F... est pris d'un besoin pressant d'uriner et ne peut le satisfaire. Il se sonde et détermine une hémorrhagie assez intense. Son pantalon, sa chemise sont inondés de sang ; la verge est rouge, tuméfiée, très sensible ; un caillot filamenteux bouche le canal de l'urèthre ; bain.

7 juin, 9 heures matin. — Je pratique le toucher rectal et je trouve la prostate très volumineuse, hypertrophiée uniformément dans toutes ses parties, au point de gêner à la fois la miction et la défécation. Avec une sonde en gomme et sans me départir des moyens de douceur, j'essaie alors de pénétrer dans la vessie ; arrivé à la région prostatique, l'instrument s'arrête, s'engage dans des espaces lacunaires, *dans les fausses routes* produites par les manœuvres imprudentes du malade. Il sort du sang en quantité par le méat, ce qui gêne le cathétérisme. Enfin, après bien des tâtonnements, j'ai le bonheur d'arriver dans la vessie. Il sortit environ deux verres d'urine mêlée de sang. Je m'en tins là pour l'instant, et quittai le malade prescrivant un grand bain pour la journée et des frictions au périnée avec une pommade mercurielle belladonnée.

7 juin, soir. — F... n'a pas uriné de la journée, toutes mes tentatives pour le cathétériser ont été infructueuses. Le sang sort en abondance par l'urèthre ; la verge est tuméfiée, très sensible.

Prescription. — *Ut supra*, en plus cataplasmes laudanisés.

8 juin au matin. — Etat général assez bon ; la nuit a été relativement bonne ; peu de sang perdu. Avec des sondes de tout calibre, de toutes formes, sonde à bécuille, à extrémité olivaire, etc., etc., j'essaye mais en vain de pénétrer dans la vessie.

Prescription. — Grand bain prolongé dans la journée, frictions avec la pommade, cataplasmes ; en plus, lavements froids.

8 juin au soir. — Je reviens avec mon confrère le Dr Rollet d'Héry. Le malade est inquiet ; la vessie forme déjà tumeur à la région sus-pubienne. Ni moi ni mon confrère ne pouvons arriver à pratiquer le cathétérisme. On s'engage toujours dans les fausses routes ; le sang vient avec abondance.

Même prescription que le matin.

9 juin au matin. — Le Dr Cretté de Seignelay s'est joint à nous, le malade a passé une mauvaise nuit ; il est inquiet ; léger mouvement fébrile ; langue un peu sale et sèche. La vessie n'est pas distendue et remonte jusqu'à l'ombilic. Nous sommes malheureux tous trois dans nos tentatives de cathétérisme.

9 juin au soir. — L'état du malade est plus mauvais ; après un dernier essai infructueux de cathétérisme, nous nous concertons. mes confrères et moi, et nous décidons de proposer au malade une ponction évacuatrice. Celui-ci accepte avec une sorte d'empressement.

Opération. — Le malade étant couché dans une position naturelle, je plonge un trocart ordinaire droit, à deux centimètres environ au-dessus du pubis, sur la ligne blanche. Il s'écoule trois bons litres d'urine, la première sanguinolente. Le soulagement est immédiat ; je fixe la canule et la laisse en place.

Les choses restent ainsi une semaine durant ; l'urine s'écoule facilement par la canule ; l'état général s'améliore ; les organes se décongestionnent.

16 juin. — Je me risque pour la première fois à tenter à nouveau le cathétérisme, et, à ma grande satisfaction, je réussis à pénétrer dans la vessie assez facilement, sans grande souffrance. Je laisse la sonde à demeure, sans ôter ma canule.

17 juin. — Le malade a passé une très mauvaise nuit ; il a souffert atrocement. Le canal suppure abondamment. Force m'est de retirer l'instrument. Je mets une sonde à la place de ma canule et j'attends.

Prescription. — Grand bain tous les jours, lavages de la vessie avec de l'eau phéniquée. L'urine sortait altérée, puriforme. J'abrège les détails déjà longs de cette observation.

De temps en temps, pendant les deux premiers mois qui suivirent la ponction, j'ai essayé le cathétérisme, mais sans résultat. Tous les quatre à cinq jours, on renouvelait la sonde qui avait remplacé la canule, parce qu'elle s'altérait très rapidement. Les lavages répétés, les soins de propreté furent faits avec exactitude. Aussi l'urine ne tarda pas à devenir à peu près bonne, et, vers le milieu du mois de juillet le malade put se livrer déjà à quelques occupations.

Le plus gros ennui, c'était d'avoir à renouveler la sonde ; c'est alors que j'eus l'heureuse idée de remplacer la sonde en gomme par une sonde en caoutchouc. Celle-ci peut être laissée dans la vessie, quatre semaines et plus, sans subir la moindre altération. Etant élastique, elle bouche mieux le canal artificiel, et l'urine ne vient pas baver à la surface de la plaie, comme cela avait lieu auparavant, au moindre effort. De plus, elle est flexible, chose très importante dans le cas présent. Le malade l'attache à la ceinture de son pantalon, bouchée qu'elle est, par un clou de bois. Toutes

les fois qu'il en est besoin, cette verge artificielle est débouchée et la vessie est vidée rapidement (1).

Mais les besoins, faciles à satisfaire pendant le jour, devinrent très pénibles la nuit en hiver, à cause de leur fréquence. Pour éviter au malade de se lever, je le fis se munir d'un urinoir dans le goulot duquel était engagée la sonde. De cette façon, l'urine s'écoula sans qu'il fut nécessaire de se lever et s'exposer ainsi à prendre froid.

10 janvier 1876. — Huit mois se sont écoulés depuis l'opération ; la santé de F... est excellente. Cependant, cet homme, comme bien des vieillards, tousse dans le temps froid. Les efforts de toux font que l'urine suinte autour de la plaie abdominale. De là un état d'irritation permanent. La peau est érythémateuse dans une certaine étendue et très sensible. Il y a une odeur ammoniacale très intense. Je remédie du mieux possible à ces inconvénients, comptant sur la fin des froids pour les voir disparaître.

2 mai. — Santé parfaite, la peau autour de la plaie abdominale n'est ni enflammée ni rouge ; la toux ayant cessé avec le beau temps, l'urine ne suinte plus. F... me dit que de temps à autre l'urine sort par la verge, mais en un jet filiforme.

10 juin. — Il y a eu un an le 9 de ce mois que mon malade a été ponctionné. Sa santé est encore aujourd'hui très bonne ; F... travaille sans aucune espèce de gêne. La peau autour de la plaie a une couleur à peu près normale.

Les tissus, à ce niveau, sont épais, comme pâteux ; le trajet qui mène à la vessie n'est plus perpendiculaire à la paroi abdominale ; il est oblique de dehors en dedans et de droite à gauche. Des adhérences solides sont établies entre la vessie et les parois abdominales. Quand, avec la sonde, on explore l'intérieur de la vessie, on trouve cet organe ramassé sur lui-même, comme froncé.

1. Ce malade avait donc une continence appréciable.

autour des adhérences abdominales. Sa capacité est très diminuée ; on a la sensation très nette d'espaces lacunaires, anfractueux, dans lesquels s'engage le bec de l'instrument. En râclant légèrement la paroi interne de la vessie, toujours avec l'extrémité de la sonde, on fait sortir du sang, ce qui suppose la présence de bourgeons charnus. L'urine sort très souvent claire ; d'autres fois elle est nuageuse, purulente même, à odeur forte. F... fait encore, de temps à autre, quelques lavages à l'eau phéniquée.

Le Dr Forestier ajoute en manière de conclusion : Je ne dis rien de l'opération elle-même ; elle a été aussi aisée à pratiquer que ses résultats ont été simples et heureux.

Nous ajouterons que cet homme déjà âgé de 76 ans, ne mourut que 10 ans après son opération, et que pendant ces dix ans il urina par son urèthre sus-pubien à l'aide d'une sonde.

OBSERVATION IV (1)

Fonction vésicale hypogastrique avec sonde sus-pubienne à demeure, et lavages antiseptiques de la vessie, dans deux cas de prostate infranchissable par M. le Dr Fernand Lalesque (ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Société de Biologie, prix Godard 1882).

Hypertrophie de la prostate ; fausse route.

Bellegarde (François), âgé de 70 ans, né à Onesse, dans le département des Landes, entré au petit hôpital de la Teste-de-Buch, le 26 octobre 1884, à 11 heures du matin. D'une santé robuste, exerçant le pénible métier de gardeur de brébis, exposé aux intempéries de toutes les saisons, il ne se souvient pas d'avoir jamais été malade.

A peine si depuis deux ou trois mois il avait remarqué une

1. *Annales des mal. des org. génito-urinaires*, mars 1890.

certaine fréquence nocturne des urines, avec lenteur dans l'émission : phénomènes dont il ne s'était d'ailleurs nullement troublé.

Le vendredi 24 octobre, venu à Arcachon, accompagné de quelques camarades, il se livra à des libations par trop copieuses. Si bien que, rentré à la Teste, le soir vers 9 heures, en état complet d'ivresse, il n'a pas gardé le souvenir de cette première partie de la nuit, mais se rappelle avoir éprouvé un impérieux besoin d'uriner, et fait une première tentative de miction vers 3 heures du matin, tentative infructueuse.

Tourmenté par un incessant besoin, le malade fit appeler un médecin, dès le samedi matin. Notre confrère aurait fait, sans succès, plusieurs essais de cathétérisme, qui s'accompagnèrent d'écoulement de sang par l'urèthre. De nouvelles tentatives furent réitérées dans la journée du samedi et dans la matinée du dimanche, toutes infructueuses, toutes de plus en plus douloureuses, et toutes suivies d'une recrudescence de l'écoulement sanguin. Pas une goutte d'urine n'avait été évacuée, malgré un grand bain tiède prolongé ; malgré, ou plutôt à cause de l'observation scrupuleuse, par le malade, des conseils de son entourage : boire beaucoup de tisane de chiendent, ce qui ne devait pas manquer de faire vider la vessie spontanément !

C'est donc dans ce triste état local que le malade fut porté à l'hôpital, dont le médecin en chef, le Dr Jules Lalesque, mon père, fit dans l'après-midi deux essais de cathétérisme. Les résultats en furent aussi négatifs, au point de vue de l'écoulement des urines, et aussi fâcheux au point de vue local.

A 6 heures du soir, je vois le malade. Son état est le suivant : Depuis 48 heures, ou peu s'en faut, le malade n'a pas rendu une seule goutte d'urine, et il a beaucoup bu. La vessie, très fortement distendue, dessinant dans la région hypogastrique une tumeur globuleuse, fluctuante, douloureuse à la palpation, est saillante de l'arcade pubienne à l'ombilic. La verge en demi

érection, souillée de sang coagulé, laisse couler par le méat quelques bavures sanglantes. Le rectum, libre de matières fécales permet à l'indicateur de toucher une prostate hypertrophiée, dans des limites ordinaires, mais surtout très douloureux à la pression.

L'état général est mauvais : prostration, pouls petit, serré, rapide à 120 pulsations par minute, faciès grippé, respiration lente, peau sèche. Tous ces symptômes, rapprochés de quelques frissons erratiques ressentis par le malade depuis trois heures de l'après-midi, font penser à un commencement d'intoxication urinaire.

L'indication était très nette. Il fallait évacuer la vessie et sans tarder. Faire de nouvelles tentatives de cathétérisme était inutile. Cependant, comme dans les manœuvres précédentes, on avait fait usage de sondes de petit calibre droites, je cédai aux sollicitations de l'entourage et fis un essai à l'aide d'une sonde à béquille et d'un plus fort calibre. Mais à peine mon instrument, conduit avec toute la douceur et toute la lenteur désirables, exigées par la situation, atteignit-il la prostate, que la douleur devint très vive et que du sang s'écoula.

Aussitôt je pratique la ponction hypogastrique sur la ligne médiane, à deux centimètres au-dessus de l'arcade pubienne, à l'aide d'un trocart droit ordinaire, dont la canule mesurait quatre centimètres et un millimètre de longueur. D'emblée je pénètre dans la vessie, et lorsque je retire le trocart de sa gaine, il s'échappe un flot d'urine, sous forte pression, projeté au loin. Puis au moment voulu (voir plus loin) j'introduis par la canule une sonde en gomme, glissant à frottement doux, calibre 17, d'une filière graduée par tiers de millimètre. Dès qu'elle est parvenue dans la vessie, je retire la canule et laisse couler l'urine par la sonde. L'évacuation se fait alors d'une façon continue pendant quelques instants, avec jet faible, un peu plus faible que celui qui

se serait produit si la sonde avait été introduite par le canal de l'urèthre.

La quantité d'urine ainsi évacuée n'a malheureusement pas été appréciée.

L'écoulement venant à s'arrêter, j'injectai dans la vessie le contenu d'une seringue à hydrocèle, soit 160 grammes d'une solution tiède d'acide borique à 30 pour 100, sans distendre sensiblement le réservoir urinaire, et sans diminuer le soulagement relatif éprouvé par le malade.

Application de collodion sur le pourtour de la plaie cutanée, et sur une assez large étendue du bas-ventre, qui avant l'opération avait été soigneusement appropriée. Fixation de la sonde à l'aide de liens en coton insérés sur elle aussi près que possible de l'abdomen, disposés en rayons divergents, et fixés par une nouvelle couche de collodion. Enveloppement de la verge dans un linge boriqué.

La sonde est bouchée à l'aide d'un fausset, avec recommandation à l'infirmier de le retirer toutes les deux heures pour laisser couler l'urine.

29 octobre. — L'état est satisfaisant : fièvre presque disparue entièrement dans les vingt-quatre premières heures qui suivirent l'opération. Retour de l'appétit, du sommeil. Le malade se lève une partie de l'après-midi dans un fauteuil.

Trois fois par vingt-quatre heures, depuis le lendemain matin de l'intervention, on pousse dans la vessie une certaine quantité de la solution boriquée. Grâce à cette précaution, la première urine rendue, quoique louche, n'a absolument aucune odeur ammoniacale. L'écoulement sanguin par l'urèthre a cessé, et le malade affirmant avec obstination avoir rendu un petit jet d'urine par le canal, je fais une prudente tentative de cathétérisme. Mais à peine la sonde est-elle introduite, que quelques gouttes de sang réapparaissent, je n'insiste pas.

6 novembre. — Dixième jour de la fonction, je change la sonde, sans aucune douleur. Elle n'est pas incrustée de sels calcaires, une sonde d'égal calibre est introduite.

11 novembre. — Le malade urine par l'urèthre.

Pendant les premiers moments de la miction, l'urine sort à la fois par la sonde et par l'urèthre, puis seulement par l'urèthre. Si au début de la miction, on a soin de ne pas enlever le fausset de la sonde, l'urine sort plus abondante par le canal, mais quelques gouttes viennent sourdre à l'orifice cutané, le long de la sonde.

13 novembre. — L'écoulement de l'urine se fait sans difficultés et presque entièrement par l'urèthre. Je me décide à retirer la sonde sus-pubienne et à oblitérer l'orifice cutané par plusieurs couches successives de collodion ; en recommandant au malade d'assurer cette occlusion par l'opposition de deux ou trois doigts au moment d'uriner.

Huit jours après, le trajet hypogastrique était fermé, et le malade continuait à uriner sans difficultés par le canal. La guérison ne s'est pas démentie jusqu'alors. Mon opéré, aujourd'hui âgé de 75 ans, employé à garder les vaches d'un des laitiers de la ville, n'éprouve qu'un peu de lenteur de la miction. Quant à savoir, par le toucher rectal ou par le cathétérisme, dans quel état se trouvent sa prostate et son urèthre, c'est chose impossible. Au souvenir des souffrances endurées Bellegarde se refuse absolument à tout examen, déclarant que si, de nouveau, il lui devenait impossible d'uriner, il ne se laisserait rien introduire dans l'urèthre et me demanderait à nouveau de lui « *trouver le ventre* ».

OBSERVATION V (1)

Cancer de la prostate. Fausse route.

Graveau (Jean), 68 ans. Marin. Entre à l'hôpital de la Teste-de-Buch, le 18 avril 1886. Malade depuis déjà plus de 6 mois, très amaigri, sans forces, a uriné plusieurs fois du sang, présente une teinte jaune paille caractéristique. Du reste, le toucher rectal ne laisse aucun doute sur l'envahissement de la prostate par une tumeur cancéreuse d'un certain volume.

Dans les derniers temps de l'existence du malade, la difficulté de la miction alla s'accroissant, et exigea l'emploi de la sonde. Pendant près d'un mois, le cathétérisme fut mis en pratique, mais devenait de jour en jour plus difficile. Si bien que le 24 juillet, la miction était impossible, la sonde ne pouvant plus passer par l'urèthre, à raison du volume de la tumeur, et d'une fausse route datant de trois jours, je pratiquai la ponction sus-pubienne, avec le même trocart et dans les mêmes conditions que pour l'opéré de l'observation n° I (2).

Notons que l'état cachectique était à son apogée, la faiblesse extrême, et que le malade avait une phlegmatia double des membres inférieurs.

Le soulagement apporté par mon intervention fut réel. Aucun accident ne se produisit du côté des voies urinaires, jusqu'au jour où le malade fut emporté par son carcinome, le 2 août au soir, c'est-à-dire huit jours après l'opération.

1. *Annale des Mal. des org. génito-urinaires*, Mars 1890.

2. Notre obs. IV.

OBSERVATION VI

Publiée par Vignard et extraite du *Berl. Klin. Woch.*, 19 août 1889.

Rétention d'urine complète.

Cathétérisme difficile et déterminant des uréthrorrhagies.

Ponction hypogastrique avec canule à demeure.

Guérison.

Le malade dont l'état ne laisse rien à désirer porte depuis 2 ans une canule en argent par laquelle il rend toutes ses urines (F. Fehleisen).

OBSERVATION VII (résumée).

Communiquée par M. Deneffe, à l'Académie de médecine de Bruxelles. Séance du 25 janvier 1890.

X..., âge de 70 ans, prostatique, est pris de rétention d'urine ; toutes les tentatives de cathétérisme restent infructueuses.

Cinquième jour. — La situation devenant intolérable, la vessie est ponctionnée par l'hypogastre avec un gros trocart. Soulagement immédiat et complet, mais passager, car la rétention persiste. Aussi, en quinze jours, *la ponction au trocart est répétée dix-sept fois sans inconvénient, dans un espace de la largeur d'une pièce de cinq francs.* La dix-septième ponction est exécutée à l'aide d'un long trocart courbe par M. Deneffe, qui installe et fixe à demeure une canule hypogastrique ; on laisse échapper par celle-ci un verre d'urine toutes les deux heures. Au bout de cinq jours, la canule métallique est remplacée par une sonde en caoutchouc. Un mois après son début, la rétention cesse

et la miction naturelle par l'urèthre se rétablit; néanmoins on laisse encore quelque temps le drain hypogastrique et on le supprime définitivement vingt-neuf jours après son installation. Aucune menace d'infiltration durant tout ce temps.

Actuellement, un an s'est écoulé depuis ces divers incidents; le sujet de cette observation jouit d'une excellente santé; il urine aussi bien que sa grosse prostate le lui permet et il n'a plus eu de menaces de rétention.

OBSERVATION VIII

Publiée par M. le D^r Béghin (Renaix) dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1894, p. 188 et 189.

M. H..., 87 ans, souffrait déjà de dysurie prostatique; l'examen du cœur et du pouls révélait des intermittences fréquentes. OEdème péri-malléolaire très prononcé.

Le 15 septembre 1890, à l'arrivée du D^r Béghin, anurie complète depuis plus de 36 heures.

Les cathétérismes tentés par M. Béghin, puis par son confrère, le D^r Deroissart, sont infructueux.

Ausstiôt, la ponction est pratiquée avec un trocart. La canule laisse écouler un jet impétueux d'urine. A la fin de la miction, celle-ci ressemble pour la couleur et la consistance à de la gelée de groseilles (Pendant cette manœuvre, la déplétion rapide de la vessie avait fait tomber le malade en syncope). Mais il revint rapidement à lui.

La canule fut solidement fixée par un lien passé autour des reins.

La miction se fit parfaitement par la canule au fur et à mesure des besoins.

Chaque jour suivant apporta une amélioration notable.

Le cinquième jour quelques gouttes s'échappèrent par l'urèthre.

Le sixième jour le conduit normal avait complètement repris sa fonction qu'il ne cessa de remplir jusqu'à la mort du sujet, survenue dix mois après, à la suite d'usure cardiaque suivie d'anasarque complète,

Le Dr Béghin accompagne son observation des réflexions suivantes : « Je désire apporter aux défenseurs de cette opération une preuve de plus à l'appui de leur argumentation. Je me borne à exposer simplement le fait qui s'est déroulé sous mes yeux ; il démontre avec une telle évidence l'innocuité et la valeur de la ponction vésicale qu'il peut se passer de mes réflexions et de mes commentaires ».

OBSERVATION IX (personnelle).

(Que nous devons à l'obligeance de M. Rémy).

Rétention d'urine chez un protastique ayant des fausses routes ; impossibilité du cathétérisme ; cachexie urinaire. Guérison des accidents par la ponction sus-pubienne de la vessie et l'installation d'une sonde à demeure par sa canule ; survie de quatorze mois. Par M. le Dr Ch. Remy et le Dr Aublé.

Le 18 février 1892. — Entre pour la première fois, dans le service de chirurgie de la Maison de Nanterre, un homme de soixante-neuf ans, Pourtier, atteint de rétention d'urine.

Depuis longtemps déjà, ce malade éprouvait des difficultés dans la miction et avait à plusieurs reprises été obligé de recourir à des chirurgiens pour se faire sonder. On avait constaté une hypertrophie de la prostate.

Malgré une blessure du canal, cet homme put, à l'aide d'un

bain prolongé, uriner facilement, et quitta le service pour retourner au quartier des vieillards.

Le vingt-et-unième jour, rechute. Le cathétérisme est pratiqué avec succès ; mais il doit être continué quotidiennement, et malheureusement il est confié à un infirmier. Pendant une absence du chef de service, les accidents se produisent.

1^{er} juillet. — Commencent les difficultés pour introduire la sonde. Celle-ci, à bécuille et en gomme, s'engage dans une fausse route à chaque tentative. Mon interne, Aublé, arrive cependant à passer une petite sonde filiforme, qui est laissée à demeure ; mais, pendant la nuit (2 juillet), le malade, déjà délirant, la retira.

Le lendemain, 3 juillet, toutes les tentatives échouent ; malgré les bains, les sangsues, etc., il n'y a pas de miction.

L'état général est devenu très mauvais. M. Aublé a d'abord recours à une ponction hypogastrique avec l'aspirateur ; il la renouvelle le lendemain 4 juillet. Mais le jour suivant, trouvant son malade très bas, comprenant que les ponctions n'amenaient aucune amélioration, il imagine de passer une sonde fine dans la canule de son trocart pour établir une sorte de drainage permanent. Le malade est presque *in extremis*. Il a 38°,5, le pouls filiforme, la langue sèche comme un perroquet, les extrémités froides. Il ne peut plus remuer : il a un subdélirium continu, et ne perçoit plus ce qui se passe autour de lui.

Voici l'opération qui fut faite en présence du D^r Laugier, mon collègue, le 5 juillet 1893 :

1^o Ponction sus-pubienne à 3 centimètres environ de la symphyse dans le globe vésical distendu, avec un fort trocart droit de l'aspirateur Potain ;

2^o Par la lumière de la canule, introduction d'une petite sonde en gomme n^o 6 ;

3^o Extraction de la canule pendant que la sonde est maintenue dans la vessie ;

4° A l'aide d'un dilateur à trois branches, conduit sur la sonde dans le trajet, Aublé place, de chaque côté de la sonde, un morceau de tige de laminaria ;

5° Une couche de collodion fixe le tout à la peau du ventre ;

6° Un tube siphon est ajouté à la sonde, et la vessie est lavée à l'eau boriquée jusqu'à ce que cette eau sorte claire et limpide.

Le jour suivant, 6 *juillet*, l'urine s'écoule très bien par le tube.

A dater du 7 *juillet*, le Dr Rémy reprend le service et, par l'orifice résultant de la dilatation des tiges de laminaire, il fait placer deux sondes en caoutchouc rouge, n° 14, dans la vessie, au lieu de la première, ce qui permet de faire de fréquents lavages. Constatant une chute de la courbe de température, un peu d'humidité de la langue, une amélioration sur les jours précédents, il décide de rendre le drainage abdominal permanent et d'attendre pour faire le cathétérisme, que les accidents congestifs et fébriles soient disparus.

L'amélioration se continue les jours suivants. Des purgations modérées, des boissons abondantes, du sulfate de quinine constituent le traitement avec des lavages à l'eau boriquée.

Le 22 *juillet*. — Dix-sept jours après l'établissement du drainage vésical, on peut introduire une sonde par l'urèthre et ne laisser qu'un seul tube abdominal. La sonde vésicale est laissée à demeure et tout marchait à souhait, lorsque le malade la retire encore de son urèthre pendant son sommeil. Les essais pour la replacer furent infructueux. On n'insista pas et l'on décida de laisser le drainage vésical permanent, l'orifice fistuleux formant ainsi un urèthre artificiel. La prostate est toujours augmentée de volume dans ses lobes latéraux, principalement à droite. Elle n'a subi aucune modification depuis l'examen du début de l'affection. Il était désormais probable que notre malade devrait rester avec sa fistule abdominale.

Non-seulement il n'en résulta aucun accident, mais malgré sa

vieillesse, cet homme s'améliora considérablement, il reprit l'appétit et engrassa ; son urine devint claire, mais son intelligence resta faible.

Malgré cette infériorité intellectuelle, notre homme a vécu et continué à s'améliorer sans prendre beaucoup de soins de sa vessie.



Il a passé l'hiver sans accidents. Au printemps, il était dans un état de santé très satisfaisant. La perméabilité du canal s'était même un peu rétablie. Il conservait une fistule urinaire sus-pubienne, mais urinait tantôt par la verge, tantôt par la fistule.

De temps en temps, on lui nettoie la vessie par des lavages

boriqués, en introduisant une sonde dans sa fistule. Lorsque celle-ci se rétrécit, on la dilate à l'aide de bougies.

Il a succombé le 1^{er} septembre 1893, quatorze mois après son opération, à une pyélite ascendante.

Il avait une hypertrophie de la prostate totale sans lobe moyen, mais celui-ci était remplacé par une sorte de collerette de tissu induré, qui fermait l'orifice vésical de l'urèthre.

OBSERVATION X (personnelle).

(Communiquée par M. Lejars).

Hypertrophie de la prostate ; rétention aiguë, cathétérisme impossible ; accidents pressants ; cysto-drainage hypogastrique temporaire.

Le 20 avril 1892, me trouvant à la campagne, je suis appelé par mon confrère, M. le D^r Hamon (de la Ferté-Saint-Aubin), auprès d'un vieillard de 75 ans, depuis longtemps atteint d'hypertrophie prostatique, et qui, la veille, à la suite d'une très légère libation, a été pris de rétention complète, il avait essayé de se sonder lui-même et n'avait réussi qu'à se blesser l'urèthre ; son médecin appelé s'était livré seul d'abord, puis avec l'aide d'un confrère, à des tentatives réitérées de cathétérisme qui durèrent deux heures, rien ne passa. Le lendemain matin, la vessie était très distendue, la verge tuméfiée, le méat sanglant, les douleurs étaient extrêmement vives, la peau chaude, la langue blanche et sèche, le pouls fréquent et petit. Quelques frissons s'étaient déjà produits, l'état général ne laissait pas que d'être inquiétant.

Après un nouvel essai, tout aussi infructueux, de cathétérisme, je propose au malade la ponction de la vessie, qu'il n'accepte qu'avec les plus grandes difficultés, se refusant, dit-il, à tout

opération. Un gros trocart, qui figure dans l'arsenal de mon confrère, me sert à faire la ponction sus-pubienne à un travers de doigt au-dessus du pubis; une sonde de caoutchouc rouge n° 13 est passée dans la canule et laissée à demeure, deux autres sondes ajoutées l'une à l'autre nous permettent d'installer un siphon qui est amorcé et fonctionne bien. Une quantité considérable d'urine fétide et sanglante s'est écoulée, de grands lavages sont faits dans la vessie, et répétés deux fois par jour.

Le soulagement fut immédiat, et les accidents d'infection générale déjà ébauchés, ne tardèrent pas à disparaître. Le méat artificiel ne devait avoir du reste qu'une durée éphémère.

Au sixième jour, le cathétérisme fut essayé de nouveau et réussit; la sonde hypogastrique fut alors retirée et, la miction uréthrale se rétablissant très vite, l'orifice anormal ne fut pas long à se fermer. Dès les premiers jours du mois suivant, les fonctions avaient repris leur cours régulier. Depuis 2 ans 1/2, le malade qui vit toujours et qui maintenant s'observe, tout en conservant fatalement sa grosse prostate, n'a jamais eu d'autre accident.

J'ajoute que depuis lors M. le Dr Hamon se trouvant en présence d'un cas analogue, a répété la même intervention avec le même succès.

OBSERVATION XI (personne'le).

Due comme la précédente à l'obligeance de M. Lejars.

Hypertrophie de la prostate chez un vieillard de 81 ans : rétention aiguë; impossibilité de cathétérisme. Phénomènes généraux très graves. Cysto-drainage hypogastrique. Survie de 18 mois.

Un vieillard de 81 ans, est amené à l'hôpital Necker, salle Civiale, le 5 juin 1893, avec une rétention d'urine aiguë. De

nombreux essais de cathétérisme avaient été faits, en ville, depuis 24 heures, et n'avaient servi qu'à blesser le canal et à provoquer une urétrorrhagie. A l'hypogastre très saillant, on sent le globe vésical distendu et remontant jusqu'à l'ombilic; au toucher rectal, on trouve une prostate très volumineuse, la température est de 39°, le pouls fréquent et petit, la langue sèche, la respiration gênée, le délire est continu.

Toute tentative de cathétérisme est infructueuse et la situation me paraît si grave que je ne veux pas soumettre le malade à la chloroformisation, ni à une intervention de quelque durée, et je me décide à recourir à l'ancien procédé de Méry. Après avoir dûment désinfecté la paroi abdominale, je ponctionne la vessie avec un gros trocart courbe, lui-même aseptisé; il s'écoule près de trois litres d'une urine sanglante épaisse, très fétide, je glisse alors dans la canule une sonde de caoutchouc rouge qui doit rester à demeure, et, par cette sonde, je pratique des lavages répétés de la vessie à la solution d'eau boriquée chaude. A la sonde est adapté un long tube de caoutchouc faisant siphon et se terminant dans un bocal près du lit. L'urine continue à sourdre ainsi toute la journée. Deux fois par jour, les lavages vésicaux étaient renouvelés, et le pourtour de la ponction très soigneusement nettoyé.

Les accidents s'atténuèrent très vite, la fièvre tomba et peu après, l'appétit reparut; aucune complication ne survint, et, au bout d'une douzaine de jours, le canal sus-pubien semblait déjà bien constitué et entouré d'une membrane rougeâtre qui figurait comme une paroi propre.

En septembre, le malade se levait et passait l'après-midi dans le jardin. En novembre, il fut transporté à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, où je le gardai toute l'année.

La longueur de son canal sus-pubien a été mesurée avec soin, ce qui est facile avec une sonde de Pezzer; il avait très exacte-

ment 4 centimètres de long ; sa direction était oblique, en arrière et en bas ; son orifice cutané, arrondi, entouré d'une sorte de bourrelet, et légèrement déprimé.

Notre malade était tombé pendant les derniers mois dans un état de démence sénile très avancée ; aussi n'avait-il pas fait aussi bien qu'il l'aurait pu, « l'éducation » de son nouvel urèthre. Pourtant nous avons cherché à nous rendre compte du fonctionnement du canal hypogastrique et notre interne et ami M. Robineau a résolu le problème par la petite expérience que voici. La vessie a été vidée entièrement et la sonde retirée ; puis la paroi abdominale a été garnie de ouate hydrophile, trois heures après l'ouate était à peine souillée de quelques gouttes d'urine ; au bout de 4 heures $3/4$, le liquide se mit à suinter goutte à goutte, et d'une façon très régulière ; cet écoulement a été surveillé pendant 2 heures, et n'a pas changé de caractère. A ce moment une sonde de caoutchouc rouge fut introduite dans le nouvel urèthre, mais avec quelque peine, et l'on ne put passer que le n° 14, alors qu'avant l'expérience le n° 18 avait été introduit aisément ; les parois du canal s'étaient comme accolées, et étaient devenues difficiles à écarter — la sonde une fois en place, il s'écoula environ 250 grammes d'urine.

Notre vieux cystotomisé a survécu 14 mois sans nouveaux accidents uréthro-vésicaux, et ne souffrant plus, il s'est affaibli peu à peu, et le ramollissement cérébral s'aggravant de plus en plus, il s'est éteint dans le courant de septembre 1894. Il n'a dû cette survie qu'à la création de l'urèthre contre nature ; il était littéralement mourant quand nous sommes intervenu.

OBSERVATION XII (personnelle).

Dans la nuit du 8 au 9 *juillet* 1894, Lev..., au petit-colombes âgé de 71 ans, robuste, bien constitué, sans obésité, après une libation plus marquée que d'habitude est brusquement pris de rétention d'urine.

Dans la journée du 9 le cathétérisme est fait deux fois (le matin et le soir) avec succès, avec une sonde n° 18, en gomme rougeâtre de qualité inférieure.

Mais le 10 *juillet* au matin, la sonde a beau pénétrer très facilement jusqu'à sa profondeur habituelle, elle ne donne issue qu'à du sang ; il ne sort pas une goutte d'urine.

Celle-ci n'a pas été évacuée depuis la veille, la vessie est distendue.

Le Dr Rémy est appelé auprès du malade par son confrère de Bezons, le Dr M..., et arrive à 5 heures du soir.

Nouvelles tentatives de cathétérisme, mais sans succès : 1° avec la sonde en caoutchouc rouge n. 14 ; 2° la sonde à bécuille en gomme n. 14, la sonde en plomb de Mayor n. 24. Toujours pénétration sans résistance mais aucune émission d'urine.

Accidents généraux nuls. Malaise extrême. Besoin d'uriner intense ; le globe vésical est distendu jusque vers l'ombilic, il semble avoir plus d'un litre de liquide.

A 6 heures du soir : Une ponction capillaire est pratiquée séance tenante avec l'aspirateur Potain.

Il est convenu que le lendemain, si le malade n'a pas uriné, on aura recours au cysto-drainage.

Diagnostic. — Etabli par le toucher : hypertrophie prostatique générale.

Renseignements. — Le malade depuis plusieurs mois avait des

difficultés à uriner surtout la nuit. Il était obligé de prendre des positions variées et d'attendre longtemps.

Enfin il était évident que la sonde ne pénétrait pas dans la vessie. L'urine retirée par ponction ne contenait pas de sang.

11 juillet 9 h. matin. — Le cysto-drainage est pratiqué. Le Dr Rémy se sert d'un trocart droit ordinaire qu'il enfonce à deux travers de doigt au-dessus du pubis, sur la ligne blanche. Une partie de l'urine est évacuée ; puis à travers la canule laissée en place, on introduit une sonde en gomme n. 11 dont on avait préalablement vérifié le passage facile dans la canule. L'urine achève de s'écouler ; elle est normale : ni sang, ni pus, ni odeur ammoniacale, ni albumine.

La sonde est fixée en place au moyen de fils de coton, maintenus aux poils par du collodion et de la gaze iodoformée. Aucune infiltration de liquide ne se produit le long de la sonde et le tube-siphon fonctionne d'une manière parfaite.

Vingt-quatre heures après l'opération, il n'y avait ni réaction, ni fièvre, ni malaise. Afin de soigner le canal, ainsi que la vessie, on fait deux fois par jour des injections d'eau boriquée.

Le siphon est laissé en place pendant sept jours. Pendant ce temps, le malade s'est toujours bien trouvé de l'opération, mais le canal restant imperméable, l'urine ne s'écoulait que par la sonde sus-pubienne.

18 juillet. — Le septième jour en retirant le siphon on change la sonde : celle-ci est recouverte de cristaux uriques rouges très fins. On la remplace par une sonde molle de même calibre, en caoutchouc, que l'on ferme au moyen d'un obturateur en caoutchouc. Pendant ces sept jours, des lavages boriqués n'ont pas cessé d'être effectués.

23 juillet. — Le malade commence à uriner par la verge. Le même jour, on lui permet de se lever en gardant sa sonde, dont l'extrémité extérieure est très raccourcie, et fixée comme il a été

dit plus haut. La sonde en caoutchouc est changée une deuxième fois trois semaines environ après l'opération.

4 août. — Cette sonde est enlevée définitivement, le canal ayant recouvré sa fonction normale.

Dans les premiers jours d'octobre, M Rémy rencontra son malade qui faisait ses courses dans les environs. Il était dans un parfait état de santé et n'avait qu'à se louer, disait-il, d'une opération qui l'avait si bien guéri.

Aujourd'hui, 3 novembre, nous l'avons revu, il travaillait à son jardin. Il nous a déclaré que sa santé ne laissait rien à désirer que son appétit avait notablement augmenté, et que sa miction était devenue facile aujourd'hui, tandis que 6 mois avant l'opération il commençait à n'uriner que difficilement, quelquefois goutte à goutte, à des intervalles souvent très rapprochés.

CONCLUSIONS

La paroi abdominale est le lieu d'élection de l'ouverture de la vessie dans tous les cas où l'on devra rechercher la dérivation provisoire ou permanente du cours des urines.

C'est-à-dire :

1° Dans tous les cas où l'on devra rejeter le cathétérisme à cause de ses dangers, de sa difficulté, de son impuissance, ou seulement de la douleur qu'il provoque.

2° Dans l'intoxication urineuse, les hématuries ou la néphrite interstitielle d'origine vésicale.

3° Dans les cystites douloureuses ou rebelles.

4° Dans les fistules vésicales, etc.

— Pour obtenir une dérivation provisoire.

Le cysto-drainage est préférable aux ponctions capillaires trop souvent répétées, ainsi qu'à la cystotomie et à la cystostomie.

— Pour obtenir une dérivation permanente.

Le chirurgien habile pourra hésiter entre la cystostomie et le cysto-drainage, mais le médecin éloigné des centres ou seulement peu expérimenté trouvera plus de sécurité dans la pratique du cysto-drainage.

— Dans les cas d'urgence, et surtout dans les cas désespérés où les malades ne sauraient supporter une

intervention prolongée, le cysto-drainage est la seule indication.

— Voici ses principaux avantages.

Il supprime toute instrumentation spéciale, le chloroforme, les aides (où les trouver à la campagne lorsqu'il faut agir de suite).

A l'absence de choc opératoire il joint la précocité de l'intervention, la rapidité de l'exécution.

C'est ainsi que suivant l'expression du D^r Rémy, il résume au plus haut degré les indications de Malgaigne « sécurité, simplicité, célérité ».

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Adenot.** — Annales des maladies des organes génito-urinaires. Oct. 1892, analyse de la thèse de Bonan.
- Beghin.** — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1894, p. 188 et 189.
- Bonan.** — Thèse de Lyon, 1892.
- Boutan.** — De la cystostomie sus-pubienne. Th. de Paris, 1893.
— Bulletin de la société anatomique de Paris, juillet 1893.
- Delefosse.** — Annales des maladies des organes génito-urinaires. Oct. 1893, analyse de la thèse de Boutan.
- Deneffe.** — Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1874, tome II. — Ponction de la vessie. Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1880. Nouveaux trocars pour la ponction hypogastrique de la vessie. — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 25 janvier 1890. Ponction de la vessie. — Le scalpel, 18 nov. 1894.
- Desnos.** — Annales des maladies des org. gén. ur. Nov. 1893. Cystotomie et cystostomie chez les prostatiques.
- Diday.** — Observation in thèse de Boutan.
- Dieulafoy.** — Traité de l'aspiration des liquides morbides, 1873.
- Drouin.** — Journal des savants, p. 320.
- Duchemin.** — Thèse de Paris, 1894.
- Forestier** (de Seignelay). — Gazette des hôpitaux. Nov. 1894, 12 avril 1876.

- Fehleisen.** — Berl Klin. Wochenschrift (19 août 1889).
- Guyon.** — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.
— Annales des mal. des org. génito-urinaires, mars 1893.
- Hippocrate.** — (serment hippocratique).
- Halle.** — Commentaires. Venise.
- Jallet.** — De la valeur de la ponction hypogastrique de la vessie et du cathétérisme forcé. Th. de Paris, 1855.
- Lalesque.** — Annales des maladies des organes gén. ur.
Mars 1890 (2 observations avec commentaires).
- Lejars.** — Semaine médicale, 4 octobre 1893. Cystostomie et cysto-drainage hypogastriques.
- Malgaigne.** — Médecine opératoire.
- Méry.** — Mémoires de l'Académie royale des sciences, 1701.
Paris.
- Mignon.** — Thèse de Paris, 1894.
- Mondière.** — L'expérience, tome VIII.
- Petit (J.-L.).** — OEuvres posthumes, 1774, tome III, p. 97.
- Poncet.** — Lyon médical, 10 février 1889.
— Bulletin médical, 6 avril 1892.
— Fonction de l'urèthre contre-nature après la cystostomie sous-pubienne.
— Annales du congrès de chirurgie, 1892.
— Semaine médicale, 16 décembre 1893. Manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne. Cysto-drainage hypogastrique.
- Pouliot.** — Ponction hypogastrique de la vessie. Thèse de Paris, 1868.
- Remy.** — Bulletin général de thérapeutique, 15 janvier 1894.
Traitement d'urgence de la rétention d'urine chez les prostatiques.
- Riolan.** — Euchiridion anatomicum et pathologicum édité en 1649 à Lugdunum Batavorum, p. 154.

Rommé. — Presse médicale, 13 octobre 1894. La cystostomie
et le cysto-drainage chez les prostatiques.

Sappey. — Anatomie descriptive.

Sédillot. — Gazette médicale, 1854.

Mémoire sur l'uréthrotomie externe.

Tillaux. — Clinique chirurgicale, tome II.

Tuffier. — Société de chirurgie, novembre 1894.

Vignard. — Thèse de Paris, 1890.

Zecchius. — Consultationes medicæ.

